

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
HOSPITAL VOZANDES QUITO
HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA

FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

**IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS Y FACILITADORES PARA
LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE
LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA, EN EL PERSONAL DE
CIRUGÍA GENERAL Y SALA DE OPERACIONES DEL
HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA DE LA FUNDACIÓN
TIERRA NUEVA EN LA CIUDAD DE QUITO**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

Dr. Giovanni Rojas Velasco

Director: Dr. Fernando Estrada

Quito, 2011

1. AGRADECIMIENTO

*A Dios, cuya luz cubrió mi vida en los momentos más oscuros de este tiempo.
Su palabra llenó de fuerza mi ser para concluir esta tarea.*

*A los Hospitales Vozandes-Quito, cuna principal de mi formación en
estos años; y Un Canto a la Vida, por abrirme sus puertas para este trabajo.*

A la PUCE, cuyos maestros me guiaron por la senda del saber.

*A los doctores Susana Alvear, Fernando Estrada, Roy Ringemberg y
Patricia Ortiz. Mi eterna gratitud por haber creído en mí, y guiarme durante
la realización de este trabajo.*

A mis padres y hermanos, por su apoyo, paciencia y cariño.

*A mi esposa Gaby, investigadora a fuerza. Sin su colaboración no
habría podido concluirse este tema. No será suficiente la vida entera juntos
para mostrarte mi gratitud.*

Giovanni

2. DEDICATORIA

Dios, este nuevo logro en mi vida es gracias a ti Señor.

Gaby, por tu amor y comprensión en estos años. Mi confidente, amiga y eterna novia. Mi “Familia Chiquita”, estas páginas son por ti y para ti también.

3. TABLA DE CONTENIDOS

1.	AGRADECIMIENTO	2
2.	DEDICATORIA	3
3.	TABLA DE CONTENIDOS.....	4
4.	LISTA DE TABLAS	6
5.	LISTA DE GRÁFICOS	7
6.	RESUMEN.....	8
7.	ABSTRACT.....	9
	CAPÍTULO I	10
8.	INTRODUCCIÓN.	10
	CAPÍTULO II	12
9.	Marco Teórico	12
9.1.	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MÁS NECESARIA QUE NUNCA.....	12
9.2.	LA FUNDACIÓN TIERRA NUEVA.....	25
9.3	EL PROGRAMA OMS: LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS.....	31
9.4.	IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.	47
9.5.	LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.	55
	CAPITULO III	66
10.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	66
11.	OBJETIVOS	67
11.1	General:	67
11.2	Específicos:	67
12.	METODOLOGÍA	67
12.1.	Universo y muestra:	67
12.2.	Análisis de Datos:.....	68

12.3. Tipo de estudio	70
12.4. Criterios de Inclusión:	70
12.5. Criterios de Exclusión:	71
12.6. Instrumentos	71
CAPITULO IV	72
13. RESULTADOS	72
13.1. Datos de referencia de la institución.	72
13.2. Barreras en la implementación.	74
13.3. Facilitadores para la implementación.	82
13.4. Estrategias para superar las barreras y fortalecer los facilitadores para la intervención.	84
CAPITULO V	87
14. DISCUSIÓN	87
15. CONCLUSIONES	92
16. RECOMENDACIONES	94
17. ANEXOS	96
Anexo 1 GUÍA DE ENTREVISTA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	96
Anexo 2 LISTA DE VERIFICACIÓN CIRUGÍA SEGURA	99
Anexo 3 ESTADÍSTICAS HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA.....	100
Anexo 4 TRANSCRIPCIÓN DE AUDIOS DE ENTREVISTAS.....	102
18. BIBLIOGRAFÍA	129

4. LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Recomendaciones de llenado de la Lista de Verificación.....	40
Tabla 2. Estadios y fases de cambio para la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC)	51
Tabla 3. Diferencias entre las investigaciones cualitativa y cuantitativa.....	56
Tabla 4. Objetivos de la Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud	65
Tabla 5. Información General Hospital Un Canto a la Vida.....	72

5. LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Principales Causas de Mortalidad General. Año 2009 (5).....	15
Gráfico 2. Diez principales causas de morbilidad en el Ecuador. Año 2007 (4).....	16
Gráfico 3. Principales diagnósticos de egresos hospitalarios. Año 2008 (5).....	17
Gráfico 4. Padre Carollo(64).....	27
Gráfico 5. Vista del Hospital Un Canto a la Vida.(64)	29
Gráfico 6. Cirugía Segura, un tema de Salud Pública no reconocido (28).	35
Gráfico 7. Centros Hospitalarios de validación de la lista de Cirugía Segura (3)	37
Gráfico 8. Teorías, modelos, estrategias y elementos a considerar en la implementación de una Guía de Práctica Clínica. (31).....	53
Gráfico 9. Proceso de análisis de datos en la investigación cualitativa. (48).....	59
Gráfico 10. Análisis de datos cualitativos. (49)	60
Gráfico 11. Ejemplo de análisis de entrevistas en software de datos cualitativos.	63
Gráfico 12. Hospital Un Canto a la Vida. Sala de operaciones.	74

6. RESUMEN

La seguridad en la cirugía es un tema de salud pública no muy bien reconocido. En nuestro medio persiste el paradigma de confundir la Atención Primaria en Salud con el nivel más bajo de atención; en lugar de entender que la Atención Primaria en Salud es la atención sanitaria esencial, e incluye elementos tales como la prevención de complicaciones en los procedimientos quirúrgicos comunes, a pesar de realizarlos en los niveles 2 y 3 en el sistema de salud. A pesar del avance en las prácticas en salud basadas en la evidencia, estas no son aplicadas en la práctica diaria de manera regular. A través de la coordinación entre el Hospital Un Canto a la Vida y un residente del posgrado de Medicina Familiar de la Universidad Católica del Ecuador, se emprendió este trabajo de investigación. Se evaluaron las barreras y facilitadores para la implementación de la Estrategia La Cirugía Segura Salva Vidas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía. Se empleó un diseño cualitativo, con observaciones de campo, entrevistas individuales y de grupo, más la revisión de la literatura sobre experiencias similares. En concordancia con estudios publicados sobre la implementación de guías de práctica clínica y listas de verificación; las principales barreras hacen alusión a la carga laboral y horario de trabajo en el equipo quirúrgico, al liderazgo institucional, a las actitudes hacia las nuevas recomendaciones y a la cultura de aprendizaje. Como categoría adicional, el equipamiento de la institución se muestra como otra dificultad a sortear. Los principales facilitadores se encuentran en la actitud personal para superarse y adquirir nuevos conocimientos, y el deseo de mejorar la atención quirúrgica actual. Además, el interés de las autoridades por la implementación de la estrategia, es un factor adicional que favorece la intervención. Con los datos obtenidos, se emprendieron capacitaciones para la interiorización de esta estrategia en el personal, a fin de preparar a la institución para los siguientes momentos de aplicación de la Lista de Verificación.

Palabras Clave: Lista de verificación, Cirugía Segura, Barreras, Facilitadores, Investigación cualitativa.

7. ABSTRACT

Safe surgery is a public health issue rarely recognized. In our midst the concept of Primary Health is often confused with the lowest level of care; instead of understanding that Primary Health Care is the essential health care, and also includes areas such as preventing complications in common surgical procedures when they are performed in levels 2 and 3 of the healthcare system. Despite the advances in evidence based health practices, many of these are not applied in daily practice. In coordination between the Hospital Un Canto a la Vida and a Family Medicine resident at the Catholic University of Ecuador, this research was initiated. We evaluated the barriers and facilitators to the implementation of The Safe Surgery Saves Lives Strategy of the World Health Organization (WHO), via its Safety Checklist for Surgery. We used a qualitative design with field observations, individual and group interviews, as well as a review of the literature regarding similar experiences. Consistent with published studies on the implementation of clinical practice guidelines and checklists, the main barriers involved the work load and working schedule in the surgical team, institutional leadership, attitudes towards new recommendations and the local learning culture. An additional category, the equipment of the institution is shown as another challenge to overcome. The main facilitators found are personal attitudes to excel and learn new skills, and the desire to improve current surgical care. In addition, the interest of the authorities in implementing the strategy is an additional factor that favors the intervention. Using the data obtained, training was started to internalize this strategy in the staff to prepare the institution for the application of the Checklist.

Keywords: Checklist, Safe Surgery, Barriers, Facilitators, Qualitative research.

CAPÍTULO I

8. INTRODUCCIÓN.

El informe sobre la salud del mundo de la OMS 2008 pone énfasis en la atención primaria en salud como respuesta inmediata a las necesidades de los Estados. En especial porque *los sistemas de salud, elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían.* (1)

Comparativamente, el número de intervenciones quirúrgicas a nivel mundial ha superado al de nacimientos. De igual manera la OMS, citando fuentes del año 2008, mostró un gran aumento en el número de cirugías realizadas en relación a los casos nuevos de VIH, por lo que la seguridad en las intervenciones quirúrgicas es un tema de salud pública no reconocido. (2)(3)

Se estiman las complicaciones quirúrgicas discapacitantes en al menos siete millones por año, con más de un millón de muertes anuales asociadas a esta problemática. (2)(3) Sin embargo, dentro de las estadísticas publicadas por el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), no constan dentro de las diez primeras causas de mortalidad general para el año 2009. Esto sugiere desconocimiento de la problemática, falta de interés en el tema o un pobre registro local de estos eventos. (4)(5)

Ecuador consta como uno de los 25 países a nivel mundial que ha comprometido recursos para difundir la Estrategia La Cirugía Segura Salva Vidas a escala nacional. En la base de datos de la OMS, para la ciudad de Quito constan solo 2 unidades de salud participantes en la iniciativa: los Hospitales Eugenio Espejo y Metropolitano. Se registra un mayor número de instituciones adscritas al programa en Guayaquil. Desconocemos las razones de esta diferencia.

Cualquier paciente que llega a la cirugía, espera que el equipo quirúrgico aplique todo su saber para evitar consecuencias graves para su salud. Esto redundará no sólo en la satisfacción del equipo médico y de los pacientes, sino también ante la sociedad, que agradecerá la disminución de los gastos por la reducción de las complicaciones que conlleva. (6) Como lo citara Santiago Ramón y Cajal, Premio Nobel de Fisiología y Medicina de 1906: *Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo en lugar de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia.*

Existe suficiente evidencia médica que soporta el beneficio de utilizar una lista de verificación en las intervenciones quirúrgicas. (2)(3)(7)(8) La medicina basada en la evidencia nos ha proporcionado suficientes argumentos para el cambio de prácticas médicas rutinarias, por otras de mayor beneficio a los pacientes. (9)(10) (15,36,37,38,45,46,49) Sin embargo varias barreras se han identificado en estudios cualitativos sobre el tema. Se pueden mencionar a estructuras organizacionales, características individuales de los profesionales de la salud (como sus actitudes, creencias y conocimientos) y las precepciones sobre las guías clínicas, la medicina basada en la evidencia y las estrategias de implementación; como las principales barreras a sortear. (17,18,19,20)

Es así que buscamos implementar esta estrategia al identificar barreras y facilitadores en el Hospital Un Canto a la Vida. Con la fuerte evidencia cuantitativa del beneficio para los pacientes de la Estrategia de Cirugía Segura; (9,16,47,48) empleamos las estrategias de la investigación cualitativa para alcanzar los objetivos propuestos.

CAPÍTULO II

9. MARCO TEÓRICO

9.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MÁS NECESARIA QUE NUNCA.

Bajo este título escribió la Organización mundial de la Salud (OMS) el Informe sobre la salud del mundo del año 2008. ¿Y por qué renovar la Atención Primaria en Salud (APS) y por qué ahora más que nunca? Al contestar esta pregunta, una de las razones más fuertes es que la gente está cada vez más inconforme ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, y ante el hecho de que los servicios prestados no sean acordes con sus expectativas. (1)

Bajo esta premisa, se han emprendido medidas de reforma en el sector salud en el país. En el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) vigente, se da énfasis a la Atención Primaria (APS) y Promoción de la Salud, basada en procesos continuos y coordinados de atención a personas y su entorno. (11) Sin embargo existe confusión entre APS y atención de primer nivel. La definición de APS se consagró en la Declaración de Alma Ata de 1978, como la *asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación*. (12) Como herramientas para la consecución de los objetivos de la APS tenemos el trabajo en equipo, la actuación mediante programas, la protocolización de actividades, el control de calidad, la educación sanitaria, las actividades docentes, las actividades de investigación, los sistemas de información y registro. (13)

Varios mitos se han tejido sobre la Atención Primaria en Salud, como es la confusión con Niveles de Atención (punto que se desarrollará en los siguientes párrafos). El Informe sobre la Salud del Mundo OMS de 2008 de manera textual cita(1):

- *La atención primaria es un ámbito al que las personas pueden llevar toda una serie de problemas de salud. Es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sólo se ocupe de unas cuantas «enfermedades prioritarias».*
- *La atención primaria es una base desde la que se guía a los pacientes por todo el sistema de salud. Es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria se reduzca a un simple puesto sanitario o a un agente de salud comunitario aislado.*
- *La atención primaria facilita las relaciones entre pacientes y médicos, y los pacientes participan en la adopción de decisiones sobre su salud y atención sanitaria; además, crea vínculos entre la atención de salud individual y las familias y comunidades de los pacientes. Es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención de salud se reduzca a un canal unidireccional de prestación de servicios para intervenciones de salud prioritarias.*
- *La atención primaria abre oportunidades a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, así como a la detección temprana de enfermedades. Es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sirva sólo para tratar dolencias comunes.*
- *La atención primaria requiere equipos de profesionales sanitarios: médicos, personal de enfermería y personal auxiliar con aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos y especializados. Es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria sea sinónimo de atención*

prestada por personal no profesional con escasos conocimientos técnicos a los pobres de zonas rurales que no pueden permitirse nada mejor.

- *La atención primaria requiere inversiones y recursos suficientes, pero se revela luego como una buena inversión en comparación con las demás opciones disponibles. Es inaceptable que en los países de ingresos bajos la atención primaria se tenga que financiar con pagos directos, partiendo del supuesto equivocado de que es barata y los pobres deben poder permitírsela.*

En su defecto, la Atención en Salud por niveles de prestación de acuerdo a su concepción clásica, corresponde a la tipología de las unidades operativas en relación a la complejidad de la atención. Para el país, el Consejo Nacional de Salud (CONASA) (14) ha establecido al primer nivel como los servicios de atención ambulatoria. El segundo nivel lo conforman los servicios que cuentan con atención ambulatoria de mayor complejidad (al menos en las cuatro ramas básicas de la medicina) e intrahospitalaria complementaria al primer nivel. Finalmente, el tercer nivel de atención, lo integran los servicios de la más alta complejidad y especialización.

Al segundo nivel de atención le corresponde atender los problemas más complejos y está dotado de un grupo variable de especialistas y de técnicos, de equipos y de tecnología para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. El tercer nivel hospitalario, de máxima complejidad, está dotado de recursos muy especializados. (15) Esta categorización se produjo principalmente con el afán de optimizar los recursos disponibles. Sin embargo, ahora se tiene la visión de buscar el mayor beneficio al paciente. Es así que se ha delegado al primer nivel de atención la tarea de resolver el 80-90% de la problemática de salud de una comunidad (13; 15).

Con este razonamiento, podemos observar la información del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) respecto a las principales causas de mortalidad en la población:

POBLACIÓN ESTIMADA 2009				14.005.449		
TOTAL DE DEFUNCIONES				59.714		
TASA DE MORTALIDAD GENERAL (x 10.000 hab.)				42,6		
Nº Orden	CÓDIGO L.C.	CÓD. CIE-10 DETALLADA	CAUSAS DE MUERTE	Número	%	Tasa
1	26	E10-E14	DIABETES MELLITUS	4.067	6,8	29,0
2	42	I60-I69	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	3.789	6,3	27,1
3	57	V00-V89	ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	3.176	5,3	22,7
4	34	I10-I15	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	3.158	5,3	22,5
5	46	J10-J18	INFLUENZA Y NEUMONÍA	3.099	5,2	22,1
6	35	I20-I25	ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	2.293	3,8	16,4
7	64	X85-Y09	AGRESIONES (HOMICIDIOS)	2.187	3,7	15,6
8	41	I50-I51	INSUFICIENCIA CARDÍACA, COMPLICACIONES Y ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS	1.907	3,2	13,6
9	51	K70-K76	CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO	1.902	3,2	13,6
10	09	C16	NEOPLASIA MALIGNA DEL ESTÓMAGO	1.826	2,7	11,8
11	55	P00-P96	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PRENATAL	1.531	2,6	10,9
12	53	N00-N39	ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	1.429	2,4	10,2
13	47	J40-J47	ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	1.194	2,0	8,5
14	63	X60-X84	LESIONES AUTOINFLINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIO)	966	1,6	6,9
15	24	C81-C96	NEOPLASIA MALIGNA DEL TEJIDO LINFÁTICO, ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y TEJIDOS AFINES	885	1,5	6,3
16	56	Q00-Q99	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	824	1,4	5,9
17	20	C61	NEOPLASIA MALIGNA DE LA PRÓSTATA	820	1,4	5,9
18	18	C53-C55	NEOPLASIA MALIGNA DEL ÚTERO	739	1,2	5,3
19	07	B20-B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA (VIH)	704	1,2	5,0
20	06	A40-A41	SEPTICEMIA	700	1,2	5,0
21	65	Y10-Y34	EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA	685	1,1	4,9
22	15	C33 C34	NEOPLASIA MALIGNA DE LA TRÁQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN	668	1,1	4,8
23	11	C22	NEOPLASIA MALIGNA DEL HÍGADO Y DE LAS VÍAS BILIARES	656	1,1	4,7
24	02	A15-A19	TUBERCULOSIS	599	1,0	4,1
25	27	D50-D63 E40-E64	DESNUTRICIÓN Y ANEMIAS NUTRICIONALES	486	0,8	3,5
	88		RESTO DE CAUSAS	13.819	23,1	-
	99	R00-R99	CAUSAS MAL DEFINIDAS	5.835	9,8	41,7

Las Tasas de Mortalidad por causas, están relacionadas por 100.000 habitantes, por efectos de comparación internacional.

Gráfico 1 Principales Causas de Mortalidad General. Año 2009 (5)

Se puede observar que la lista está encabezada por los problemas crónico-degenerativos muy asociados entre sí (diabetes, hipertensión, enfermedad cerebrovascular, enfermedades isquémicas del corazón y cirrosis¹), junto a problemas infecciosos (VIH, septicemia, influenza y neumonía), violencia (accidentes de tránsito, suicidios, homicidios); neoplasias y problemas al nacimiento (malformaciones y las “poco codificadas” ciertas afecciones en el periodo perinatal). Varios de los diagnósticos enumerados en la lista anterior, pueden requerir de intervenciones quirúrgicas en algún momento del manejo de estos pacientes.

¹ En la publicación Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Practical Approach to Evaluation and Management, de los autores Nila Rafiq y Zobair Younossi (publicado en Clinic Liver Disease en 2009); se establece a la Enfermedad hepática grasa no alcohólica (NALFD en inglés) como la causa más común de enfermedad hepática crónica en el mundo. Además se la expone como la *manifestación hepática* del síndrome metabólico.

Mientras que las principales causas de morbilidad según el Ministerio de Salud Pública son las enfermedades infecciosas (respiratorias, digestivas, infecciones de transmisión sexual y parasitarias), problemas crónico-degenerativos (hipertensión arterial y diabetes), y lesiones por accidentes y violencia.

REGION AMAZONICA				REGION INSULAR				TOTAL PAIS			
Nº	ORELLANA			GALAPAGOS			TOTAL PAIS				
	ENFERMEDADES	CASOS	TASAS	ENFERMEDADES	CASOS	TASAS	ENFERMEDADES	CASOS	TASAS		
1	Infecciones Respiratorias Ag	11.273	10175,84	Infecciones Respiratorias Ag	1.950	8598,64	Infecciones Respiratorias Ag	1.703.083	12517,62		
2	Enfermedades Diarreicas Ag	4.495	4057,52	Enfermedades Diarreicas Ag	537	2367,93	Enfermedades Diarreicas Ag	516.567	3796,76		
3	Paludismo Vivax	802	723,94	Intoxicación Alimentaria	85	374,81	Otras Enfermedades Venéreas	91.960	675,90		
4	Hipertensión Arterial	285	257,26	Varicela	83	365,99	Hipertensión Arterial	67.570	496,64		
5	Leishmaniasis	116	104,71	Hipertensión Arterial	60	264,57	Diabetes	25.894	190,32		
6	Diabetes	80	72,21	Otras Enfermedades Venéreas	17	74,96	Varicela	17.721	130,25		
7	Mordeduras de Serpientes	54	48,74	Herpes Genital	12	52,91	Dengue Clásico	10.253	75,36		
8	T.B. Pulmonar Confirmada	51	46,04	Diabetes	11	48,51	Intoxicación Alimentaria	10.199	74,96		
9	Paludismo Falciparum	45	40,62	Hepatitis Vírica	9	39,69	Víctimas de Violencia y Maltrato	9.566	70,31		
10	Intoxicación por plaguicidas	21	18,96	Fiebre Reumática	7	30,87	Salmonelosis	7.298	53,64		
	POBLACION	110782		POBLACION	22678		POBLACION	13605485			

FUENTE: NOTIFICACION OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES FORM. EPI-1 Y EPI-2 Y PROGRAMAS
ELABORACION: EDUARDO AGUILAR - EPIDEMIOLOGIA - MSP.

Gráfico 2. Diez principales causas de morbilidad en el Ecuador. Año 2007 (4).

Con estos datos saltan a la vista tres razonamientos: El primer nivel de atención está en la capacidad de atender el perfil de morbilidad y mortalidad de la población con actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación de la salud. En segundo lugar, no existe un solo registro específico de la morbilidad y mortalidad asociada a intervenciones quirúrgicas y/o sus complicaciones (o por lo menos está mal reportada o codificada). Tercero, varios de los problemas citados en la lista, pueden requerir en su manejo, de algún tipo de intervención quirúrgica.

Sin embargo, si analizamos los principales diagnósticos de egresos hospitalarios reportados por el INEC en el año 2008, observaremos seis diagnósticos de

implicación quirúrgica (tomando a la variedad de parto como los diagnósticos 11 y 12 de la lista)

Nº Orden	Código Lista	CAUSAS	NÚMERO DE EGRESOS	%	TASA **
1º	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	34.606	3,5	25,1
2º	J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	29.820	3,0	21,6
3º	K80	COLELITIASIS	26.027	2,6	18,9
4º	O08	ABORTO NO ESPECIFICADO	24.167	2,5	17,5
5º	K35	APENDICITIS AGUDA	22.574	2,3	16,4
6º	K40	HERNIA INGUINAL	12.789	1,3	9,3
7º	O47	FALSO TRABAJO DE PARTO	11.235	1,1	8,1
8º	S08	TRAUMATISMO INTRACRANEAL	10.804	1,1	7,8
9º	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	10.548	1,1	7,6
10º	O34	ATENCIÓN MATERNA POR ANORMALIDADES CONOCIDAS O PRESUNTAS DE LOS ÓRGANOS PELVIANOS DE LA MADRE	10.339	1,1	7,5
	O80	PARTO ÚNICO ESPONTÁNEO	112.037	11,4	
	O82	PARTO ÚNICO POR CESÁREA	58.945	6,0	
	O81, 083, 084	OTROS PARTOS	391	0,0	
		SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NCOP (CAP. XVIII)	25.842	2,6	
		LAS DEMÁS CAUSAS DE MORBILIDAD	593.162	60,3	
		TOTAL DE EGRESOS HOSPITALARIOS	983.286	100,0	
		Población Estimada Año 2008 1/	13.805.095		

1/ Proyecciones de Población 2001 - 2010 INEC - CEPAL.

** Tasas por 10.000 habitantes

Gráfico 3. Principales diagnósticos de egresos hospitalarios. Año 2008 (5).

La Medicina Familiar como disciplina reúne el espíritu de la Atención Primaria en Salud, por lo que es su mayor brazo efector en cuanto a prestaciones de salud se refiere. (13; 15) Como uno de los elementos conceptuales de la APS está la *atención integradora*, porque dispone y coordina los recursos y las actuaciones que cada individuo y la comunidad necesita en cada momento.

Lo que se considera como Atención Primaria en los entornos con recursos suficientes, se ha sobresimplificado peligrosamente en los entornos con pocos recursos. Se la ha definido, descrito y estudiado ampliamente en los contextos en que se dispone de recursos suficientes, a menudo en relación con especialistas en Medicina de Familia o Medicina General. Los programas correspondientes a esas descripciones son mucho más ambiciosos que los planes inaceptablemente restrictivos y desalentadores para la APS que se han propuesto en los países de ingresos bajos. (1)

En palabras de la Dra. Margaret Chang, Directora General de la Organización Mundial de la Salud: (1) *Cuando asumí el cargo en 2007 me comprometí claramente a reorientar el interés de la OMS hacia la atención primaria de salud. Más importante que mi propia convicción al respecto, es que ello responde a una demanda creciente y generalizada de servicios de atención primaria por parte de los Estados Miembros. Esa demanda refleja a su vez un interés cada vez mayor de las instancias normativas por los conocimientos disponibles sobre la manera de conseguir unos sistemas de salud más equitativos, integradores y justos. Refleja asimismo, más fundamentalmente, un giro de constatación de la necesidad de una perspectiva más integral sobre la eficacia del conjunto del sistema de salud.*

El objetivo final de la Atención Primaria es la contribución a la mejora de la salud del individuo y la comunidad. Las premisas sin las que será difícil alcanzar un mejor nivel de salud son (13): la calidad de los cuidados, la satisfacción del usuario y la eficiencia. Estos tres aspectos deberán estar en continuo equilibrio. La garantía de calidad debe ser una de las herramientas permanentemente aplicadas e integradas en el funcionamiento de la Atención Primaria, en cualquier nivel donde se preste, y por tanto debe evaluarse la atención que reciben los pacientes. La accesibilidad, al estar condicionada por criterios de equidad, es donde se encuentra la mayor diferencia entre todos los sistemas sanitarios dependiendo del modelo político que se desarrolle.

El temor más importante de los profesionales de Atención Primaria es el hospitalocentrismo y hay que luchar contra él, pues, a pesar de lo que dicen las

autoridades sanitarias², es un proceso que se está produciendo y detrae recursos a los centros de salud de menor complejidad. El desarrollo adecuado del sistema sanitario necesita la integración de los dos sectores esenciales que lo componen: la Atención Primaria y la Especializada-hospitalaria. Cada vez se pone más énfasis en la necesidad de integrar estos dos sectores y sus estructuras: todos sus procesos asistenciales, docentes y de investigación. (15) Las referencias del primer nivel de atención al segundo y al tercero efectivamente se hacen. Los receptores se quejan de que son incompletas, mal canalizadas o innecesarias. Los resultados de los exámenes de laboratorio que se adjuntan a la referencia no son creíbles y con frecuencia se repiten en el centro de mayor complejidad. Esto acarrea desperdicio de recursos para el sistema de salud y la pérdida de tiempo para el usuario. (13)

Las relaciones entre la APS y el sector hospitalario deben estar basadas en intercambios bidireccionales, colaborando coordinadamente, siempre en condiciones de igualdad. Coordinación es lo que se precisa entre la Atención Primaria y la Especializada, de cara a la mejora del proceso asistencial a los pacientes, como el objetivo principal de todo sistema sanitario. (13) Esto, con el propósito de mejorar la relación entre niveles de atención y hacer participar a los especialistas de los hospitales en el quehacer de los médicos generales del primer nivel.

Hace algunos años se dieron experiencias de intercambio de profesionales en Costa Rica. Se enviaron especialistas a puestos de salud, y médicos generales del primer nivel asistieron a las sesiones clínicas de los hospitales, y también a pasantías en hospitales regionales y en los hospitales altamente especializados, con escaso

² En el Ecuador, desde el 2007 se dio impulso al nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), con énfasis en la comunidad y en la familia. Sin embargo, análisis realizados por el proyecto Salud de Altura reportan que en Quito, el 76% del presupuesto en salud se destina a unidades de segundo y tercer nivel de complejidad, con apenas el 21% para las unidades de primer nivel. Se recalca que la repartición del presupuesto se realiza en función de indicadores históricos, sin un análisis profundo de la densidad poblacional, niveles de pobreza o logros en salud conseguidos. De los cerca de un mil ciento siete millones de dólares del presupuesto estatal destinados al sector salud; la partida denominada *Servicios de Consulta Externa*, con la subpartida *Servicios Médicos Generales*, corresponde apenas a dieciséis millones y medio de dólares. En las últimas emergencias sanitarias, el principal aporte de recursos (económicos, de personal e insumos) se centró en unidades de segundo y tercer nivel. Se encuentra en espera la creación formal de las 4500 plazas para personal en salud ofrecidas por el Ministerio de Salud desde el 2007. (61)(62)

beneficio para la práctica profesional de los médicos que participaron en este intercambio. (15)

La primera intención de los servicios de salud debe ser establecer la experiencia sobre las especialidades, sobre todo las que afectan a un mayor número de pacientes. (15) Debe hacerse un análisis de cuáles tienen mayor demanda y adecuar puntualmente las consultas en los centros de salud. Hay que racionalizar los servicios al ciudadano porque no todas las especialidades pueden implementarse en el primer nivel de atención.

Si lo que se persigue es que realmente se fomente la relación entre los dos niveles, hay que conseguirlo facilitando el conocimiento, la comunicación, la incorporación de especialistas a los centros de salud y el acceso de los médicos de familia al hospital, esto ya sucede en otros países. La cuestión no está en integrar los niveles, ése no es el objetivo, sino que el ciudadano tenga continuidad en sus cuidados. Para garantizar dichos cuidados y su continuidad, el único que realmente puede hacerlo es el médico de Atención Primaria. (13)

En la literatura se reportan experiencias exitosas de coordinación entre médicos de atención primaria y otros especialistas. Destacan las experiencias de Wegner y colaboradores (16) para el cuidado domiciliario de niños con diabetes insulino-requirientes. En este estudio, se compartió el manejo de esta patología entre pediatras (generalistas de niños) y endocrinólogos. Pudieron identificar los aspectos de la enfermedad que pueden ser manejados por cada especialidad, y cuales pueden hacerse de manera conjunta. Su mayor discrepancia fue reconocer quien era el mayor responsable en el monitoreo de los niveles de glucosa entre los niños participantes de este estudio. Una experiencia similar se realizó por Durán y colaboradores. (17) En ella trabajaron médicos de familia y endocrinólogos, en el cuidado de pacientes adultos con diabetes. Se evidenció que puede lograrse un adecuado control metabólico de estos pacientes en el nivel primario, resaltando la importancia del trabajo conjunto para mejorar el manejo de la diabetes en el primer nivel de atención.

Es frecuente que los colegas del segundo y el tercer nivel se expresen con términos peyorativos, nada positivos ante los usuarios, en relación con sus colegas que envían la referencia. (15) Por lo general, la contrareferencia no se hace efectiva o el paciente es retenido por el especialista en su consulta en el hospital o en una de las grandes clínicas con especialidades del segundo nivel, aun cuando el problema del paciente pudiera tener seguimiento en el primer nivel a un menor costo.

Aunque este panorama pareciera oscuro e insuperable, se pueden señalar al menos siete acciones básicas que mejorarían la situación: (15)

- 1) **Respeto mutuo entre los profesionales que laboran en los diferentes niveles**, reconociendo y valorando los campos de trabajo respectivos. La medicina de primera clase y de alta calidad puede y debe darse en todos los niveles del sistema.
- 2) **Planificar reuniones de coordinación administrativa entre el primero y segundo nivel**, analizando los problemas específicos y comunes y planteando soluciones a la problemática detectada.
- 3) **Organizar un programa de educación continua para el personal del primer nivel** (por ejemplo, una sesión cada dos semanas o cada mes) con base en las referencias de mayor frecuencia y **con protocolos de atención, debidamente estandarizados por los especialistas y aprobados por las partes interesadas**. Estos protocolos deben precisar con claridad los requisitos para una referencia y el seguimiento posterior en el primer nivel.
- 4) **Organizar visitas programadas de médicos y otros profesionales del segundo y tercer nivel al primero**, para conocer el trabajo que se realiza en el primer nivel y las condiciones del mismo.
- 5) **Definir con claridad la gama de servicios que ofrece el segundo nivel** (tipo de especialidades y tiempos de espera, por ejemplo).

- 6) **Mejorar y ampliar el sistema de referencias y contrarreferencias**, con niveles de calidad aceptados por ambas partes y que permitan dar una respuesta oportuna y eficiente a los usuarios. Para esto es imprescindible disponer de los **protocolos** estandarizados por los especialistas y aprobados por las partes interesadas.
- 7) **El proceso debe ser evaluado cada tres o seis meses, en forma sistemática**, tanto desde la perspectiva del primer nivel como la del segundo y del tercero.

¿Y por qué un Médico de Familia debería guiar estas transformaciones en el sistema sanitario de un país? Basta citar las competencias centrales de esta disciplina suscritas por Asociación Mundial de Médicos Generales/Familiares (WONCA)– capítulo Europa– en 2002 (actualizadas en 2005), y que todo especialista en Medicina Familiar debería dominar. (18) Las agrupa en seis categorías principales que podemos enumerar:

- a) Gestión de la APS.
 - *Gestión del contacto inicial con los pacientes.*
 - *Cubrir todo el abanico de estados de salud, según las etapas del ciclo vital individual y/o familiar.*
 - *Coordinar la atención con otros profesionales de la atención primaria y otros especialistas.*
 - *Dominar efectiva y apropiadamente la asistencia médica y la utilización del servicio sanitario.*
 - *Poner a disposición del paciente los servicios apropiados dentro del sistema de atención sanitaria.*
 - *Actuar como defensor del paciente.*

b) Atención centrada en la persona.

- *Ocuparse de pacientes y problemas en el contexto de las circunstancias del paciente.*
- *Provocar una relación médico-paciente efectiva, con respeto a la autonomía del paciente.*
- *Comunicar, establecer prioridades y actuar en colaboración.*
- *Proporcionar la continuidad longitudinal en la atención.*

c) Capacidades específicas para la solución de problemas.

- *Relacionar los procesos específicos de toma de decisiones con el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad.*
- *Reunir selectivamente e interpretar la información del historial médico e investigaciones, y aplicarlas a un plan de gestión apropiado.*
- *Adoptar principios de trabajo apropiados (como manejar la incertidumbre inicial en el diagnóstico).*
- *Intervenir con urgencia cuando sea necesario.*
- *Gestionar condiciones que se pueden presentar de forma temprana y no clara.*
- *Hacer un uso efectivo y eficiente de los medios diagnósticos y las intervenciones terapéuticas.*

d) Enfoque integral.

- *Gestionar simultáneamente múltiples patologías y problemas de salud.*
- *Promover la salud y el bienestar, con estrategias de fomento de la salud y prevención de la enfermedad.*
- *Gestionar y coordinar la promoción de la salud, la prevención, terapéuticas, la atención, cuidados paliativos y la rehabilitación.*

e) Orientación comunitaria.

- *Reconciliar las necesidades sanitarias de los pacientes individuales y las necesidades sanitarias de la comunidad en la que viven, en equilibrio con los recursos disponibles.*

f) Enfoque global.

- *Utilización de un modelo bio-psico-social, tomando en cuenta las dimensiones cultural y existencial.*

Aflora la oportunidad de una mayor implicación y participación activa de los profesionales de Atención Primaria en la Salud Pública. “Primaria” no es sinónimo de primitiva, de menor calidad, sino de principal, básica o esencial, eje fundamental y primer contacto del individuo con el sistema sanitario. En pro del mayor beneficio para los usuarios del sistema sanitario nacional, debe buscarse la comunión entre los principios de APS, los médicos generalistas/de familia y equipos multidisciplinarios de otras especialidades en los siguientes niveles de atención.

La visión holística del médico de atención primaria, trasciende los niveles de atención. El Médico de Familia, formado en la base de la teoría general de sistemas³, debe entender la importancia de las *relaciones* dentro del quehacer médico, por encima del antiguo paradigma biologista (netamente causal) del proceso salud-enfermedad. Debe tener presente las competencias centrales de esta disciplina. En lo que a su relación con las intervenciones quirúrgicas se refiere, ha de recordar su papel preventivo (en este caso, de las complicaciones quirúrgicas prevenibles), y desarrollar sus habilidades para *gestionar* y establecer sistemas de comunicación estables y normados entre los profesionales de atención primaria, y los de atención especializada-hospitalaria. (19; 20)

³ La *teoría general de sistemas*, desarrollada por Bertalanffy en 1947, se contrapone al enfoque fragmentador del conocimiento, que atribuía a los problemas una causalidad lineal. Esta teoría plantea la necesidad de la exploración científica de las totalidades, de las relaciones, de las dimensiones holísticas del mundo. No busca abandonar la profundización en el conocimiento de un segmento específico de un todo. Al contrario busca acoger los elementos más importantes de cada uno de ellos, y enriquecerlo con las interrelaciones e interacciones que hay entre ellos. (63)

9.2. LA FUNDACIÓN TIERRA NUEVA.⁴

9.2.1. Antecedentes.

La Fundación Tierra Nueva es creada como una respuesta concreta a las difíciles condiciones de vida que tenían los habitantes del sur de Quito. Surge como una alternativa válida para quienes por su nivel de ingreso no podían acceder a servicios en salud y educación ofertados en ese entonces, y por lo tanto eran marginados y estigmatizados.

Nace jurídicamente con el nombre de Asociación Banco de la Providencia, bajo registro de la Dirección del Trabajo, Oficina General de Estadística el 22 de Diciembre de 1961, mediante Acuerdo Ministerial No 3204, funcionando en la parroquia El Girón, Avenida 12 de Octubre N° 1400. Luego, el 27 de Febrero de 1972 se modifica el Estatuto de Asociación Tierra Nueva que pasa a llamarse Fundación Tierra Nueva, mediante acuerdo ministerial No 000859, con Decreto en el Registro Oficial No 92 del martes 22 de Diciembre de 1972, bajo el Ministerio de Bienestar Social. La última reforma se realizó con el acuerdo 0425 del 6 de septiembre del 2006, publicado en el registro oficial 31 del 1ro de marzo del 2007.

Es una organización no gubernamental sin fines de lucro al servicio de personas de escasos recursos económicos del Sur de Quito, con un fuerte anclaje a las organizaciones barriales y parroquias eclesiásticas del sur de la ciudad. Su fundador, el Padre José Carollo, cuando fue Vicario del Sur de Quito desarrolló una gran diversidad de obras sociales orientadas a garantizar a las familias más pobres condiciones de vida digna, y a contribuir a su bienestar físico, económico, emocional y espiritual.

⁴ Tomado del Servicio de Estadística del Hospital Un Canto a la Vida y página web de la Fundación Tierra Nueva. (64)

Se citan textualmente la misión y visión del organismo:

Misión: Basados en una profunda práctica de Fe Cristiana, brindar servicios integrales de bienestar y ofrecer programas innovadores y permanentes a los sectores vulnerables y población en general para mejorar su nivel de vida.

Visión: Es una organización de alta credibilidad y un referente válido de gestión técnica, ética gracias a la calidad de sus servicios y programas dirigidos a los sectores vulnerables de la población.

Promueve como valores una opción preferencial por los pobres, equidad, inspiración cristiana, calidad y calidez de la atención y los servicios, honradez, solidaridad, creatividad, austeridad, lealtad institucional, respeto y alegría.

En este contexto Tierra Nueva fue el actor fundamental para que zonas como Quito Sur, Solanda, IEES-FUT, etc., hayan alcanzado el grado de desarrollo que hoy tienen; derivado especialmente del equipamiento urbano con el que cuentan y que ha sido proporcionado por las autoridades de turno, motivadas en gran parte por el impresionante trabajo que ha venido efectuando la fundación y sus diferentes programas a lo largo de casi cuatro décadas siempre con una opción preferencial por los más pobres.

Las convicciones del Padre Carollo han sido los pilares sobre los que descansa el accionar de Tierra Nueva desde su creación. Pensar siempre en que la única diferencia que hay entre seres humanos no está en los recursos con los que se cuentan, sino con la intensidad con la que se ama a los demás y con la creatividad con lo que se enfrenta a los problemas para solucionarlos sin afectar el entorno que nos rodea.

9.2.2. Biografía del Padre José Carollo.



El Padre José Carollo nació en la Provincia de Vicenza-Italia el 13 de Abril de 1931. A los 11 años ingresa al Seminario. En 1949 vino al Ecuador y continuó su noviciado en Cuenca. Realizó sus estudios de filosofía en el Instituto Superior Salesiano de Quito.

Gráfico 4. Padre Carollo(64)

En 1956 inicia sus estudios de Teología en Santiago de Chile. El 8 de diciembre de 1960 se ordena sacerdote y celebró su primera Misa. En 1961 inicia su actividad como profesor, director de estudios, director espiritual en el Instituto Superior Salesiano y los Colegios Cardenal Spellman de varones y Don Bosco.

Durante unos años fue Vicario cooperador de la parroquia María Auxiliadora de El Girón; luego párroco de la misma. Inicia su trayectoria en la construcción con Monseñor Cándido Rada en Guaranda. Entre sus primeras obras está, el Instituto Salesiano lo que en la actualidad es la “Universidad Salesiana” y la iglesia de María Auxiliadora de El Girón. El 13 de marzo de 1969 se nacionalizó ecuatoriano.

Como párroco de El Girón, con el apoyo de familias de la comunidad, empezó el Banco de la Providencia con un dispensario pequeño al servicio de los pobres, atendido por médicos amigos y otras personas voluntarias. También montó un taller de costura y un almacén para comercializar sus productos.

En 1976 hizo opción por vivir su vocación entre los pobres. Dejó la Comunidad Salesiana, en la cual vivió desde niño, para inclinarse en la Arquidiócesis de Quito como sacerdote secular. El 1ro de mayo de 1977, se erigió la nueva parroquia de Cristo Resucitado, construyendo la iglesia de la Quito Sur, que fue consagrada el 19

de abril de 1979. Desde el día que el Padre pasó a compartir con los pobres del sur su pobreza y realidad social, organizó servicios sociales bajo la estructura de la Fundación Tierra Nueva.

El 1° de enero de 1992 fue nombrado Vicario Episcopal de Sur, realizando una intensa coordinación pastoral y de construcción de iglesias, conventos para las hermanas, casas parroquiales, guarderías, centros juveniles, etc. En 1998 comenzó la construcción de su gran sueño, el Hospital Un Canto a la Vida.

El 13 de diciembre del 2002 fue operado de un tumor gástrico, del cual se recuperó pronto pero quedó muy quebrantado en su salud. A pesar de eso siguió trabajando en sus proyectos. En octubre del 2004 se le diagnostica un cáncer terminal de páncreas; viviendo desde entonces con fe intensa y valerosa resistencia esta última etapa de su camino de entrega y fidelidad. Fallece el 13 de mayo del 2005, a los 74 años de edad, dejando un gran legado en la comunidad del sur de Quito.

9.2.3. Estructura de la Fundación.

La estructura organizacional de Tierra Nueva está afianzada en criterios modernos de administración. Se divide por Unidades Estratégicas de Gestión en la que los procesos gobernantes, de apoyo y agregadores de valor marcan el trabajo diario en pos de alcanzar los objetivos contenidos en los Planes Operativos Anuales y en el Plan Estratégico Institucional.

Cuenta con siete direcciones: Administrativa, Financiera, Talento Humano, Sistemas, Educación, Proyectos, Sistema de Salud, La Coordinación del Centro de Mediación y Consultorio Jurídico. Todas estas instancias están lideradas por la Dirección Ejecutiva. Existen espacios de reflexión estratégica denominados comités, en donde se modelan las decisiones que se adoptarán para el bienestar de la Fundación.

Cada Dirección cuenta con una serie de departamentos o estructuras que le permiten ser eficientes en sus procesos y eficaces en sus resultados dentro de su ámbito de acción, siempre vinculados a sus clientes o proveedores internos.

La Dirección Ejecutiva es la instancia responsable de la gestión estratégica de la Fundación y, el único interlocutor autorizado para informar de la marcha de la institución a instancias superiores como el Directorio o la Asamblea General de socios.

9.2.4. Hospital “Padre José Carollo” Un Canto a la Vida.



Gráfico 5. Vista del Hospital Un Canto a la Vida.(64)

Las condiciones estructurales y sociales en las que se desenvuelven las actividades de la gente del sur fueron un indicador clave para que el Padre Carollo visionara un gran hospital con todas las

comodidades necesarias. Buscaba principalmente una atención digna, pues el factor de diferenciación entre las personas no debe ser el dinero sino la actitud frente a la vida.

Mediante un trabajo muy fuerte y sostenido logró realizar los estudios preliminares, elaborar la maqueta del complejo médico y cimentar las primeras columnas con una inversión aproximada de un millón de dólares. Pero esta obra no podía quedar inconclusa tras su muerte. Así que el Directorio en sesión del mes de julio del 2006 toma la decisión de continuar con la construcción del Hospital.

El 2 de enero del 2007 entró en operación la primera etapa del Hospital que consta de: Servicio de Consulta Externa con 14 especialidades médicas, Laboratorio clínico, Farmacia, Odontología e Imagenología (ecografía).

Desde el 5 de mayo del 2008 está operando la segunda etapa que incluye además de los servicios existentes, nuevas especialidades médicas con un total de 20 consultorios médicos, farmacia abierta a la comunidad, tomografía axial computarizada, rayos X y otros equipos de imagen; además se trasladaron las oficinas de Salud Comunitaria.

El 2009 fue clave para el funcionamiento del nuevo hospital, pues la demanda superó con creces todas las expectativas planteadas. Tan solo en consulta se atendió alrededor de 60% más de los pacientes planificados. En el mes de octubre se termina la construcción de la infraestructura física que incluye 157 camas, 4 Quirófanos, 710 metros cuadrados de consultorios, Centro Obstétrico, Área de Neonatología, Laboratorio Clínico e Histopatológico, Servicio de Imagenología con Resonancia magnética, Emergencia las 24 horas, Cuidados Intensivos, Hospital del Día y Farmacia. Además de sus áreas complementarias como esterilización, cocina, comedor, bodegas y lavandería; gracias al apoyo de varios organismos del Estado como el Fondo de Solidaridad, Ministerio de Salud, INFA, y varios cooperantes nacionales e internacionales.

El siguiente paso fue lograr el financiamiento necesario para equipar el Hospital y sus áreas de apoyo con tecnología de punta, priorizando siempre las especialidades médicas que tienen mayor demanda. El sueño del funcionamiento del Hospital Un Canto a la Vida “Padre José Carollo” se cristalizaría en agosto del 2010.

Durante el 2010 se hospitalizaron 2627 pacientes, a un promedio de 219 pacientes por mes y 7 pacientes por día. Se registraron 5 fallecimientos en todo el año. Se realizaron 624 cirugías del día, 857 intervenciones quirúrgicas de pacientes internados, 323 cirugías en brigada médica, 151 cirugías ginecológicas y 342 cesáreas. Esto corresponde a un total de 2297 intervenciones quirúrgicas anuales, a un promedio de 191 cirugías por mes y alrededor de 6 cirugías por día.

Así podemos evidenciar que las intervenciones quirúrgicas constituyen un importante componente de las prestaciones de salud del Hospital. Los servicios de cirugía

general y ginecología cuentan con el mayor número de profesionales médicos. Ocupan la mayor parte del tiempo quirúrgico del hospital, con cirugías emergentes y programadas (tal como lo reporta estadística), en concordancia a los diagnósticos quirúrgicos más comunes reportados por el Ministerio de Salud (citados en el gráfico 3). En virtud al nuevo impulso que la OMS ha dado a la Atención Primaria, el Hospital Un Canto a la Vida puede interiorizar sus principios (como es la prevención), y así dar cabida a procesos de mejoramiento en la calidad y seguridad de sus prestaciones.

9.3 EL PROGRAMA OMS: LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS.

El peso de la cirugía en cualquier institución de salud es cada vez más patente. Los problemas clínicos que requieren tratamiento quirúrgico cada día van en aumento año tras año. En la actualidad, mundialmente se estima que se realizan más de 230 millones de intervenciones quirúrgicas bajo cualquier método anestésico: general, regional, o sedoanalgesia. (6) El procedimiento quirúrgico, en muchas de las ocasiones, es la única opción para curar una enfermedad, pero hay que tomar en cuenta de forma paradójica, que los procedimientos quirúrgicos pueden causar complicaciones graves, incluso la muerte.

En este contexto, la 55a Asamblea de la OMS en el año de 2002, exhortó a la creación de programas encaminados a garantizar la seguridad de los pacientes en los sistemas de salud. Dos años después en la 57a Asamblea, nace la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, que se lanza en octubre de 2004. Como parte de esa iniciativa; en enero de 2007, surge el programa «La cirugía segura salva vidas», que pretende mejorar la seguridad ligada a procedimientos quirúrgicos. (6)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados

Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. Cada año la Alianza organiza programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo. Cada dos años se formula un nuevo reto destinado a impulsar el compromiso y la acción internacionales en un aspecto relacionado con la seguridad del paciente que suponga un área de riesgo importante para todos los Estados Miembros de la OMS. (3)

El daño ocasionado por una cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos. En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en 3 al 16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4 al 0,8% aproximadamente. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una tasa bruta de mortalidad del 5 al 10% en operaciones de cirugía mayor⁵. (15, 16, 17)

En nuestro país, aparece en el lugar 21 de las causas de mortalidad general el acápite *Eventos de intención no determinada*. Podemos elucubrar que con el número de cirugías que se realizan en nuestros hospitales, estos eventos podrían tener relación con la temática de este estudio. Tal vez se trate de un registro inadecuado, lo que motivaría a las unidades de salud a llevar un mejor control (y/o codificación) de estos “eventos no determinados”. (5) Esto permitirá construir estadísticas quirúrgicas fiables, tanto por el Ministerio de Salud, como en el INEC.

Antes del proceso de sistematización realizado por la OMS en el programa de cirugía segura, varias estrategias se utilizaron para disminuir el riesgo quirúrgico de los pacientes. La evaluación prequirúrgica busca establecer el estado clínico del paciente; realizar recomendaciones concernientes a la evaluación, manejo y riesgo de los problemas médicos en el periodo perioperatorio, y proveer un completo perfil del riesgo clínico que pueda ser utilizado por el paciente, el médico de cabecera, el anestesiólogo y el cirujano para tomar decisiones de tratamiento que influyan en los

⁵ Por *cirugía mayor* es todo procedimiento realizado en quirófano que comporte la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor. (3)

resultados en el corto y largo plazo. (21). Dentro de sus componentes se encuentra la realización de exámenes complementarios prequirúrgicos. Sin embargo, varios estudios (19,20,21) revelan que estos son innecesarios hasta en un 60% de casos, reportándose hasta un 5% de falsos positivos. Esto puede llevar a interpretaciones erróneas e intervenciones innecesarias. Instituciones de ámbito nacional, como el National Institute for Clinical Excellence del Reino Unido, han establecido normas (según la evidencia disponible) para la realización de estudios complementarios. (25)

Una de las morbilidades más importantes a prevenir es la cardiovascular. Se han desarrollado varias escalas de estimación del riesgo cardiológico prequirúrgico (Goldman, Detsky, De Lee, Eagle, entre otras). Estas escalas mostraron un pobre poder de discriminación, con un valor predictivo positivo de 75 a 85%, y valor predictivo negativo de 60 a 80%. (26) El American College of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA), actualizaron en 2007 su escala de evaluación de tres grados de riesgo cardiovascular (alto, medio y bajo), la cual permite servir mejor al paciente, realizando recomendaciones para disminuir el riesgo cardiaco perioperatorio; así como evaluar la necesidad de una subsecuente estratificación de riesgo postoperatorio e intervenciones dirigidas a modificar los factores de riesgo cardiovasculares. (27)

Otros factores relacionados con las complicaciones quirúrgicas, como son las comorbilidades, el riesgo de la cirugía, la prioridad de la cirugía (electiva o emergente), estado nutricional del paciente, su riesgo anestésico, entre otras; cuentan con descripciones detalladas en la literatura médica. (18,19,20,21)

Es así que el Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente intenta mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones mediante cuatro líneas de acción (3):

- Proporcionando información a médicos, administradores de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública⁶.
- Definiendo un conjunto mínimo de mediciones uniformes para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica (“estadísticas vitales quirúrgicas”).
- Identificando un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- Evaluando y difundiendo la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo.

El siguiente gráfico puede mostrarnos de mejor manera el impacto de las intervenciones quirúrgicas, respecto a otros problemas de salud pública.

⁶ Una definición de *salud pública* la describe como la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de higiene personal; organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. Las acciones de salud pública se concentran en la población más que en los individuos. (15)

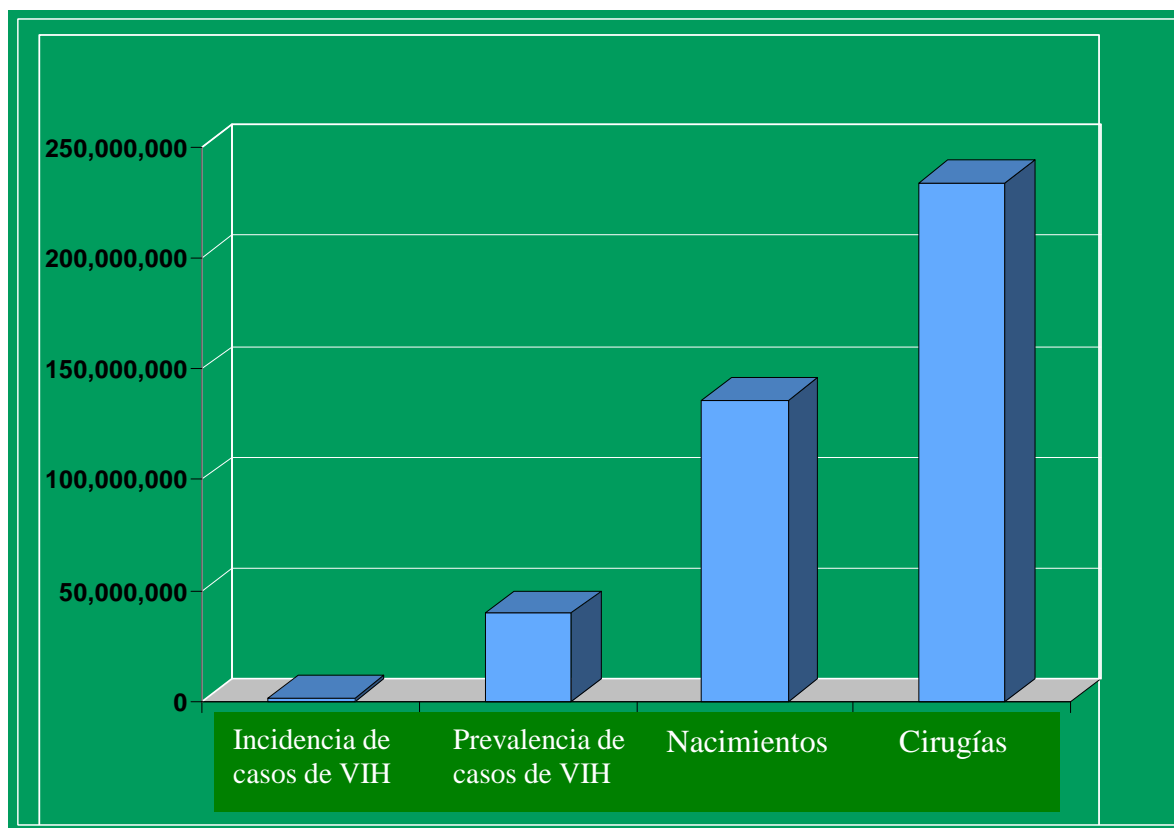


Gráfico 6. Cirugía Segura, un tema de Salud Pública no reconocido (28).

Es claro como el número de cirugías supera por largo a dos de las líneas de acción de los programas de salud pública de los estados: la propagación del HIV, y la atención materna (representada por el número de nacimientos)

No existe un remedio único para mejorar la seguridad de la cirugía. Para lograr este objetivo es necesario emprender de forma fiable una serie de medidas imprescindibles en la atención sanitaria, no sólo por parte del cirujano, sino de toda una serie de profesionales que trabajen en equipo dentro de un sistema de salud que los respalde, para beneficio del paciente. (3)

En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y

formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades. (3)

El reto es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS, bajo un enfoque sistémico. Con este fin, se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales que revisaron la bibliografía y las experiencias de personal clínico de todo el mundo, y coincidieron en señalar cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos. (2; 3)

Así se elaboraron 10 objetivos esenciales de la Estrategia de Cirugía Segura que son (3):

- Objetivo 1. El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
- Objetivo 2. El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
- Objetivo 3. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.
- Objetivo 4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
- Objetivo 5. El equipo minimizará las reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe son un riesgo importante para el paciente.
- Objetivo 6. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
- Objetivo 7. El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.

- Objetivo 8. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
- Objetivo 9. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información fundamental sobre el paciente, para que la operación se desarrolle de forma segura.
- Objetivo 10. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

Estos 10 objetivos esenciales para la seguridad de las intervenciones quirúrgicas se sistematizaron en la *lista de verificación de seguridad de la cirugía*. Este instrumento fue validado en diferentes escenarios a lo largo del mundo. Participaron 8 instituciones hospitalarias de diferentes regiones de la OMS (no se contó con un centro en Latinoamérica), principalmente de carácter público en el ámbito urbano. Mostró disminuir la morbilidad por complicaciones quirúrgicas desde la línea de base de 11% al 7% (reducción absoluta del riesgo de 4%); y la mortalidad de 1.5% a un 0.8% (reducción absoluta del riesgo de 0,7%). (7) Con estos datos podemos calcular que se requiere utilizar la lista de verificación en 25 pacientes para disminuir el riesgo de complicaciones en uno de ellos. De igual manera, se tiene que aplicar en 143 pacientes para disminuir la mortalidad en al menos uno de ellos.

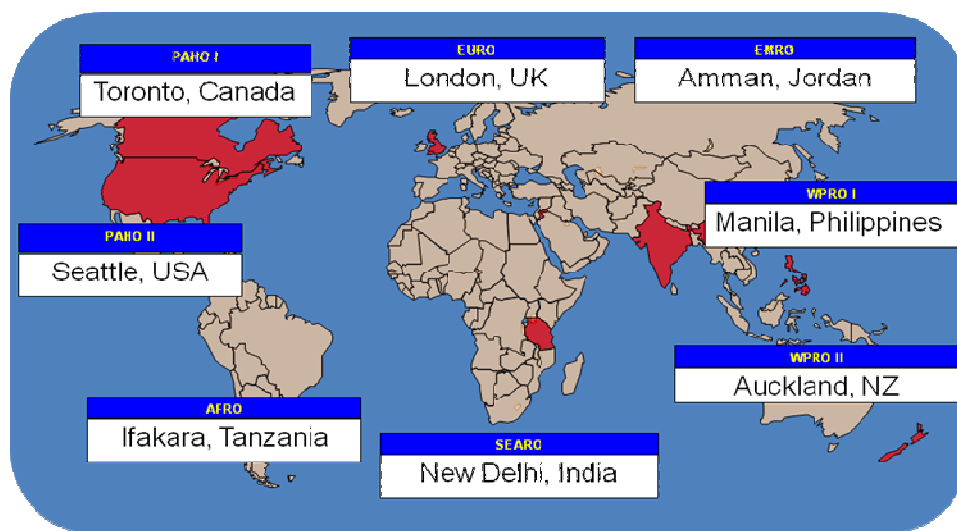


Gráfico 7. Centros Hospitalarios de validación de la lista de Cirugía Segura (3)

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano. (29) En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento, se ha de permitir que el responsable del llenado de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de Verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y, anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte de quien llena la lista. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de Verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos.

Será necesaria una cierta práctica para que los equipos aprendan a utilizar eficazmente la Lista de Verificación. Algunas personas pueden considerarla una imposición, o incluso una pérdida de tiempo. El objetivo no es que se recite mecánicamente ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y que fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada operación realizada. (29)

Como parte de la estrategia también está la creación de *estadísticas quirúrgicas*. Se pretende así realizar un mejor seguimiento de las complicaciones quirúrgicas, con un control similar al que se tiene en mortalidad materno infantil, por ejemplo. Los indicadores a registrar son (2; 3):

- El número de quirófanos existentes;
- El número de operaciones llevadas a cabo en quirófano;
- El número de cirujanos y anestesistas formados;

- El número de defunciones el día de la intervención quirúrgica, y
- El número de defunciones hospitalarias tras la intervención quirúrgica.

Las dos últimas variables permitirán calcular la mortalidad asociada a las intervenciones quirúrgicas:

- Tasa de mortalidad el día de la intervención =
$$\frac{\text{muertes el día de la intervención}}{\text{total de casos quirúrgicos}}$$
- Tasa de mortalidad hospitalaria posoperatoria =
$$\frac{\text{muertes de pacientes ingresados tras la intervención}}{\text{total de casos quirúrgicos}}$$

En la Estrategia de Cirugía Segura se define como “equipo quirúrgico” a los cirujanos, anestesiistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico. El cirujano es un miembro esencial, pero no el único. Todos los miembros del equipo quirúrgico desempeñan una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación. Para que la aplicación de la Lista de Verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona (denominada “coordinador de la lista”). (29) La designación de una única persona para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de Verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad con las prisas por pasar a la fase siguiente de la operación. Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los pasos a seguir, es probable que el coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación.

Un posible inconveniente de que haya una sola persona encargada de la lista es que podría generarse cierto antagonismo con otros miembros del equipo quirúrgico. El Coordinador de la lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los

puntos, lo cual puede contrariar o irritar a otros miembros del equipo. Por ello, los hospitales deben estudiar cuidadosamente qué miembro del personal es el más adecuado para desempeñar esta función. En muchas instituciones será un enfermero circulante, pero cualquier médico podría coordinar el proceso de cumplimiento de la lista. (29)

En la siguiente tabla sistematizaremos los puntos más importantes a considerar durante el llenado de la Lista de Verificación (29; 30):

Tabla 1. Recomendaciones de llenado de la Lista de Verificación (29; 30)

MOMENTO	PUNTOS A RECORDAR
Antes de la inducción de la anestesia	
Confirmar: identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento.	Hacerlo de forma verbal. Si el paciente no puede hacerlo: familiar o tutor. Si es emergencia: todo el equipo quirúrgico debe conocer las razones del procedimiento y estar de acuerdo.
Señalar-marcar el sitio quirúrgico	En casos que impliquen lateralidad (derecha o izquierda), o múltiples estructuras y niveles. En estructuras centrales o únicas (ej. bazo): según la práctica local.
Comprobación completa del instrumental anestésico y medicación anestésica	Anestesiólogo: inspección formal del instrumental anestésico, del circuito, de la medicación y riesgo anestésico del paciente. Incluye equipos de intubación, aspiración de vía aérea, ventilación, dispositivos y equipos de urgencia.

MOMENTO	PUNTOS A RECORDAR
Oxímetro de pulso	Colocado en el paciente antes de inducir anestesia. Visible para todo el equipo quirúrgico. En emergencia: obviarlo bajo responsabilidad del equipo.
Alergias del paciente	Anestesiólogo responde esta pregunta. Si el coordinador conoce alguna alergia adicional, debe mencionarla.
Paciente con vía aérea difícil y/o riesgo de aspiración	Anestesiólogo: verificación objetiva de la vía aérea (ej. Mallampati) Evaluar riesgo de aspiración (ej. historia de reflujo, estómago lleno)
Riesgo de hemorragia en el paciente	Preguntar a anestesiólogo si hay riesgo de sangrado mayor a 500ml en adultos, o 7ml/kg en niños. Si no lo conoce, debe comentárselo al cirujano. En caso de riesgo: dos vías periféricas de gran calibre o una vía central.
Antes de la incisión cutánea	
Presentación de los miembros del equipo quirúrgico	Presentación de cada miembro con su nombre y función al iniciar el día quirúrgico. Presentación del personal que cambie en el equipo quirúrgico (incluye estudiantes).
Confirmar: identidad del paciente, procedimiento y sitio donde se realizará la incisión	Se pide una pausa al equipo para confirmar este apartado. Anestesiólogo, cirujano y enfermero circulante deben confirmar de forma explícita e individual que están de acuerdo.
Profilaxis antibiótica	Coordinador preguntará en voz alta si se colocaron antibióticos profilácticos durante la hora previa a la cirugía. Se anotará “no procede” si es el caso.

MOMENTO	PUNTOS A RECORDAR
Previsión de eventos críticos	<p>Coordinador dirigirá una pequeña conversación entre cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios.</p> <p>Si se trata de procedimientos rutinarios o muy familiares para el equipo quirúrgico, el cirujano deberá anunciarlo.</p>
Cirujano: eventos críticos, duración de la cirugía y hemorragia prevista	<p>Informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante.</p> <p>Ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales.</p>
Anestesia: ¿el paciente tiene algún problema específico?	<p>En procedimientos que entrañen riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación—especialmente, la intención de utilizar hemoderivados— y cualquier característica o comorbilidad del paciente (como enfermedades cardíacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la situación.</p> <p>En caso de no presentar mayores riesgos, deberá mencionarse.</p>

MOMENTO	PUNTOS A RECORDAR
Equipo de enfermería: ¿Se ha confirmado la esterilidad? ¿Hay dudas o problemas relacionados con los equipos?	<p>El enfermero instrumentista debe confirmar verbalmente que se han esterilizado los equipos y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad.</p> <p>Es el momento para hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención.</p> <p>Se mencionará cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el enfermero circulante, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia.</p>
Imágenes esenciales para la cirugía	<p>Coordinador preguntará al cirujano si requiere algún estudio de imagen para la cirugía.</p> <p>Confirmará la presencia de estos estudios (de ser el caso)</p>
Antes de que el paciente salga del quirófano	
Confirmación del nombre del procedimiento	Coordinador preguntará verbalmente con el cirujano y el resto del equipo quirúrgico el procedimiento realizado.
Recuento de instrumentos, gasas y agujas	<p>Respuesta verbal del enfermer@ circulante sobre el número de gasas y agujas.</p> <p>Si se abrió cavidad, incluirá el conteo del instrumental.</p>
Etiquetado de las muestras	El enfermero circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo.

MOMENTO	PUNTOS A RECORDAR
Problemas por resolver con instrumental y equipos	Identificar los fallos, y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien, para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema.
Revisión de los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente	El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados.

Quizá el aspecto más importante no sea la implementación en sí de la *lista*, sino que su implementación implica un trabajo en equipo, una mayor participación, comunicación y sentido de responsabilidad de todos los miembros del equipo quirúrgico, lo cual consigue modificar las actitudes personales. (6)

Muchas de las medidas de la Lista de verificación ya se ejecutan en los quirófanos de todo el mundo; sin embargo, son pocos los que las aplican de forma fiable. Para que la Lista de verificación tenga éxito, los jefes de los departamentos de cirugía, anestesia y enfermería deben expresar públicamente su convicción de que la seguridad es una prioridad y de que la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía puede contribuir a hacerla realidad. (29) Para demostrarlo, deberán utilizarla ellos mismos y preguntar periódicamente a los demás cómo avanza su aplicación. Si no existe un liderazgo demostrable, la introducción de una lista de esta índole puede alimentar el descontento y la oposición.

A continuación se esbozan una serie de medidas para tener en consideración cuando los centros comiencen a implantar la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. (29; 30)

a) Forme un equipo:

- Hablar con todos los integrantes del equipo quirúrgico es esencial.
- Empiece a generar apoyo a la iniciativa con quienes estén más interesados en hacerlo.
- En la primera etapa trabaje con quienes muestren mayor interés, antes que intentar cambiar a quienes se muestran resistentes.
- Busque en lo posible involucrar a los administradores-jefes de la institución.

b) Empiece con poco, y luego vaya por más:

- Con apoyo de las autoridades de la institución, empiece una campaña para implementar la Lista de Verificación en ambientes específicos (como en un quirófano o en un solo servicio quirúrgico).
- Durante la evaluación original realizada por la OMS, los centros que intentaron implantar la Lista de verificación al mismo tiempo en múltiples quirófanos o a escala hospitalaria encontraron la mayor resistencia y los mayores problemas a la hora de convencer a la plantilla de utilizar la Lista de verificación de manera efectiva.
- Una vez que un equipo se sienta cómodo utilizando la Lista de verificación, extienda su uso a otro quirófano o equipo quirúrgico.
- Haga frente a las resistencias y dificultades a medida que vayan surgiendo.
- Adapte la Lista de verificación a las necesidades de cada entorno, pero no elimine medidas de seguridad simplemente porque no puedan llevarse a cabo.

- c) Lleve el registro de los cambios y las mejoras:
 - Elaborar con el departamento de estadística, los indicadores quirúrgicos recomendados por la Estrategia de Cirugía Segura.
 - Realizar seguimiento de los resultados y las complicaciones quirúrgicas.

- d) Comunicar los avances y mantener la continuidad:
 - Con los datos iniciales, busque mejorar paulatinamente los indicadores de morbilidad y mortalidad quirúrgica de la institución.
 - Comparta los avances (tanto en el progreso de la estrategia como de los resultados), de manera que el personal de la institución pueda ser testigo de las mejoras.
 - Una vez interiorizada en la práctica diaria la Lista de Verificación, un control periódico de los progresos asegurará que el proceso se mantiene en el camino y las complicaciones se reducen al mínimo.

- e) **Comparta sus experiencias con el programa La Cirugía Segura Salva Vidas de la OMS**, a través de la página web <http://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/>. Puede enviar sus avances y dificultades vía e-mail a la dirección electrónica safesurgery@hsph.harvard.edu.

Se ha demostrado que el uso de la Lista de la OMS para la Seguridad Quirúrgica mejora la observancia de normas básicas de atención quirúrgica en diversos hospitales de todo el mundo. (3; 29) Aunque es probable que la relación entre la observancia de las normas y el descenso de las tasas de complicaciones dependa de múltiples factores, la mejora de la seguridad y fiabilidad de la atención quirúrgica puede salvar vidas y fomentar la confianza en el sistema de salud.

Así pues, todos los países pueden mejorar la seguridad de la atención quirúrgica si los hospitales (3):

- Utilizan la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía o instrumentos de seguridad similares para garantizar que las medidas destinadas a mejorar la seguridad de la cirugía se cumplen de forma sistemática y puntual.
- Establecen una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

9.4. IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

9.4.1. ¿Por qué no usamos guías de práctica clínica?

Las guías de práctica clínica (GPC) *son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.* (31) Además, las GPC tienen la potencialidad de reducir la variabilidad y mejorar la práctica clínica.

En experiencias anteriores, se ha planteado la pregunta de por qué la práctica profesional no va a la par del avance científico médico. Varios estudios dieron el punto de partida para un cambio en la cultura de cómo se percibe el error médico. Se han enfocado en el desarrollo de herramientas y procesos para mejorar el trabajo en equipo y, disminuir la probabilidad de fallas en el sistema de trabajo. (9) Se ha

identificado que la introducción de listas de verificación quirúrgicas, mejoran la comunicación en el equipo quirúrgico, y previenen errores y complicaciones. (8)

Otro hecho paradójico es que una buena parte de estas complicaciones están bien descritas en la literatura médica y son ampliamente conocidas tanto por el personal médico como el público en general. Factores como la carga horaria, la falta de sueño, y fallas en la comunicación entre el personal de salud; han sido descritos en asociación a la ocurrencia de errores en la prestación de servicios de salud.⁷ (31,32,33,34,35,36) A pesar de esto, se repiten y no parece que se adopten las medidas preventivas necesarias. (6)

Varios profesionales médicos encuadran su práctica sólo en función de su experiencia. Consideran que la *medicina basada en la evidencia*⁸ limita su práctica, similar a una camisa de fuerza, y que no se abarca la totalidad del paciente. (38) A su vez, en el análisis de la evidencia médica publicada, debe realizarse un adecuado análisis del diseño de los estudios, así como de los posibles sesgos que podrían estar presentes (como en la selección de pacientes, los posibles conflictos de interés, publicación de resultados netamente positivos opacando desenlaces negativos, etc.). Como ejemplo tenemos lo acontecido con la retracción de la revista LANCET respecto a su artículo relacionado a eventos adversos de la vacuna SRP.⁹

⁷ En las referencias citadas, se ha asociado al trabajo de más de 40 horas semanales, o con mayor número de horas de sobretiempo o con menor intervalo entre turnos; como desencadenantes de errores en la administración de medicinas, pinchazos y otros accidentes laborales, infecciones nosocomiales, errores en el juicio médico y caídas de los pacientes.

⁸ Se ha definido a la *medicina basada en la evidencia* como la integración de las mejores evidencias de la investigación (entendida como aquella relevante y válida, sobre ciencias básicas e investigación clínica), con nuestros conocimientos y experiencia clínicos (capacidad de utilizar nuestras habilidades clínicas y experiencias pasadas en el análisis clínico de los pacientes), y con los valores y circunstancias únicas de nuestros pacientes. Tomado de: Straus, Sharon y otros. *Medicina Basada en la Evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE*. Editorial Elsevier. Tercera edición. 2006.

⁹ En el año 2010, luego de la investigación realizada por Brian Deer, LANCET tuvo que retractarse respecto a la publicación de Wakefield y colaboradores, que asociaba la vacunación con sarampión-rubeola-papera (SRP) a la ocurrencia de autismo y enterocolitis crónica. El mencionado estudio contó con varios sesgos y conflictos de interés, plenamente demostrados en el proceso conducido por el General Medical Council del Reino Unido. (65)(66)

Sin embargo, en países como Australia, el papel de la práctica basada en la evidencia ha sido aprobado a través de una variedad de políticas de atención de la salud, estrategias para aumentar la capacidad de investigación y, promover la aplicación de la medicina basada en la evidencia en la práctica clínica. Esto con el fin de mejorar la calidad y reducir el costo de la atención. Hay un imperativo para aplicar la medicina basada en evidencia en la práctica general, y en la práctica general de las zonas rurales sobretodo, donde los consumidores tienen a menudo una elección limitada de los servicios de salud y hay menos recursos. (39)

En lo que se refiere a la práctica quirúrgica, los cirujanos tradicionalmente han encuadrado sus decisiones terapéuticas basándose en los dogmas quirúrgicos existentes, su experiencia personal, según recomendaciones de autoridades quirúrgicas, y la aplicación reflexiva de las ciencias básicas quirúrgicas. Aunque este enfoque ha servido a los cirujanos y sus pacientes bastante bien, tratamientos inefectivos e incluso peligrosos pueden ser aceptados erróneamente como el tratamiento quirúrgico de elección. La *cirugía basada en la evidencia* enfatiza la necesidad de evaluar apropiadamente la eficacia de intervenciones diagnósticas y terapéuticas antes de aceptarlas como una práctica quirúrgica estándar. (10)

Es así que ante los mitos y temores que ha generado la medicina basada en la evidencia (entendida hoy en día más bien como una *medicina basada en la evidencia centrada en el paciente*); idealmente los cirujanos deberían examinar críticamente la evidencia publicada, y así ajustar adecuadamente sus prácticas. (10) Este trabajo implica que se deben adquirir y dominar herramientas y conocimientos básicos sobre búsqueda y análisis crítico de artículos científicos.

9.4.2. Estrategias de implementación.

Alcanzar el objetivo de mejorar la calidad en la práctica clínica requiere, inevitablemente, poner a disposición de los profesionales las herramientas adecuadas que faciliten el desempeño de sus funciones y la toma de decisiones. Entre dichas herramientas se encuentran las Guías de Práctica Clínica (GPC), que pretenden mejorar tanto la efectividad como la eficiencia y la seguridad de las decisiones clínicas contribuyendo, además, a reducir la variabilidad no justificada en la práctica clínica. (31)

El desarrollo de GPC en los sistemas nacionales de salud nos enfrenta ante el reto, y el compromiso, de promover su utilización puesto que su mera publicación y difusión no implican necesariamente que sean llevadas a la práctica. Por ello, es necesario facilitar el camino para la traslación de las recomendaciones en ellas contenidas, a la materialización práctica por parte de sus destinatarios, tanto profesionales sanitarios como pacientes, cuidadores, etc. (31)

Diferentes modelos postulan que los profesionales y equipos sanitarios pueden pasar por distintas fases o estadios antes de lograr un cambio. Son modelos con muchas similitudes que inicialmente han sido aplicados al cambio de estilo de vida en pacientes y cada vez son más utilizados en la investigación sobre implementación. El modelo de Grol y Wensing, propone una síntesis de los distintos modelos que existen en la literatura en los que se detallan los estadios o fases del cambio. Dicho modelo consta de 5 estadios y un total de 10 fases para planificar el cambio. (31) En la siguiente tabla se resumen los estadios, y se citan tareas específicas acordes a las fases de cada momento de la implementación.

Tabla 2. Estadios y fases de cambio para la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC) (31)

ESTADIO	FASES	ACCIONES
Orientación (Promover conocimiento de la innovación y estimular el interés e implicación.)	Promover conocimiento de la guía	Contactar al personal
	Estimular el interés e implicación	Aproximación a personajes clave
		Evaluación de la actividad asistencial
Interiorización (Asegurar la comprensión por parte de los actores del cambio, la implicación de asumir la nueva evidencia científica. Facilitar que los actores puedan comparar el rendimiento de sus métodos actuales con los propuestos.)	Comprensión	Información basada en problemas de la práctica diaria
	Incorporación en las propias actividades diarias	Repartición de material educativo
		Retroalimentación
Aceptación (Desarrollar una actitud positiva, una motivación para el cambio. Crear intenciones positivas o decisiones para el cambio.)	Actitud positiva	Discusión y consenso a nivel local
		Demostrar aplicabilidad
	Decisión para el cambio	Discusión con líderes de opinión
		Identificación de barreras, riesgos y soluciones
Cambio (Promover la adopción de la innovación. Confirmar el beneficio neto del cambio.)	Aplicación de la innovación en la práctica	Adaptación de los recursos locales
	Confirmación del beneficio del cambio	Ajuste en gestión de procesos
		Reporte preliminar de resultados
Mantenimiento (Integración de la innovación en la práctica diaria. Consolidar la innovación dentro de la política de la organización.)	Integración de la innovación en la práctica diaria	Monitorización
		Retroalimentación
	Integración de la innovación dentro de la organización	Recordatorios
		Integración del programa a la práctica del servicio
		Difusión global de resultados

La implementación de guías de práctica clínica tiene como objetivo central producir cambios en la práctica orientados a mejorar los resultados asistenciales. Sin embargo, múltiples experiencias muestran la dificultad y complejidad de trasladar a la realidad

los cambios propuestos, dado el relativamente bajo efecto alcanzado por muchas estrategias y proyectos en que se evaluó con rigor dicho impacto.

Sabemos de antemano que no hay balas mágicas, ni reglas fijas sobre qué estrategias funcionarán mejor en nuestro contexto, por lo que es esencial elegir el enfoque más adecuado a nuestro caso y realizar una buena planificación de los cambios. (31)(40)

En primer lugar, es conveniente precisar que para un proyecto de implementación hay múltiples abordajes posibles, dependiendo de la perspectiva que se adopte, los objetivos que se pretendan, el tipo de profesionales implicados y los recursos disponibles. La efectividad de las estrategias de implementación de GPC es muy variable en los diferentes estudios. El efecto de las diversas estrategias es habitualmente moderado; se consiguen mejoras en la práctica clínica en torno a un 10%. (41) Dichas mejoras, aunque puedan considerarse escasas, están en el rango habitual de mejoría que puede producir cualquier medicamento, y por ello se piensa que en general (aunque siempre teniendo en cuenta los costos) merecerán la pena acometerse. (41)

Es importante recalcar que no hay una estrategia de implementación que vaya a funcionar en todos los casos, sino que la utilidad de cada una de ellas vendrá dada por la interacción de diversos factores, como son el tipo de cambio que se pretende conseguir, el lugar donde se quiere implementar y las barreras y facilitadores identificados. (31)

¿Qué hacer entonces a la hora de elegir una estrategia de implementación? Ha de reconocerse que después de 30 años de investigación en este campo todavía hay muchas preguntas sin responder. Es necesaria más investigación en los aspectos relacionados con los factores que modifican el efecto de una estrategia, según el escenario en que actúen. (31) El siguiente gráfico sintetiza de buena manera los componentes y argumentos teóricos de las estrategias de implementación.

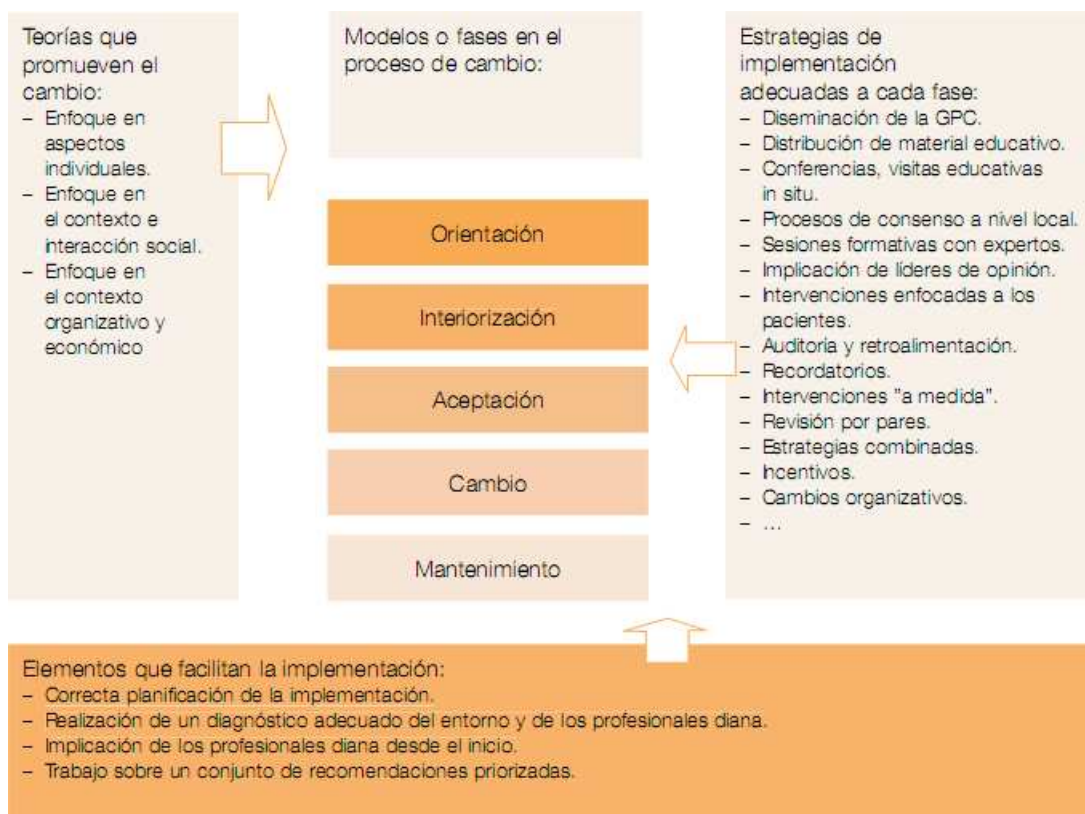


Gráfico 8. Teorías, modelos, estrategias y elementos a considerar en la implementación de una Guía de Práctica Clínica. (31)

9.4.3. Barreras y facilitadores en la implementación.

Después de realizar el análisis de contexto y seleccionar las recomendaciones a implementar, surgen una serie de prioridades que indican hacia dónde tiene que estar orientado el plan de implementación y qué prácticas son las que se deben promover para su introducción. Este aspecto ha generado una especial preocupación entre los proveedores sanitarios cada vez que se elabora una nueva GPC, y ha creado interés por estudiar qué factores pueden interferir en el proceso de implementación de la evidencia. Entender cuáles son las principales barreras y los principales facilitadores para que las recomendaciones sean aplicadas de forma sistemática y mantenida en el

tiempo, puede ayudar en la selección de las estrategias más apropiadas para aumentar el éxito de la implementación. (31)

Las barreras y facilitadores pueden definirse como *aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional, que en el caso de las GPC se manifiesta en adherencia, o falta de adherencia, a sus recomendaciones.* (31) La identificación de barreras y facilitadores es un proceso que debe comenzar desde el mismo momento que se elige la GPC a implementar y se analiza el problema, y debe continuar durante el diseño de la intervención. Numerosas técnicas pueden ser utilizadas en la detección de barreras y facilitadores: tormenta de ideas, estudio de caso, informantes clave, entrevista, encuesta, grupos focales, observación directa, grupos nominales, etc.

Entre las barreras encontradas se citan las dudas respecto a la aplicabilidad de la información de estudios médicos a pacientes particulares, la pobre adherencia a guías de práctica clínica, consideraciones de tiempo y costos, ausencia de efectivos sistemas de computación y, ausencia de mentores educativos. (42) En algunos estudios se han agrupado estas barreras en factores institucionales, características individuales de los profesionales de la salud, percepciones acerca de las guías clínicas y estrategias de implementación y; motivaciones de los pacientes. (43; 44)

Muchas barreras brindan un puente o conexión para construir soluciones y estrategias de implementación. Aun así, los futuros implementadores de GPC tienen que considerar que existirán algunas barreras difíciles de abordar y que aun realizando un análisis previo, durante la intervención se encontrarán factores o barreras que no se esperaban. (31)

9.5. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

9.5.1. Generalidades.

Todo investigador tiene como objetivo el comprender la realidad, para intervenir en ella luego. Se ha dado mayor valor a los datos cuantitativos en el campo de la salud, en relación a la investigación cualitativa. Sin embargo, el continuo salud-enfermedad constituye una realidad de naturaleza compleja, que se construye en el cotidiano de los individuos, de las comunidades, del personal de salud y de las autoridades sanitarias. Un rasgo constructivista de la salud-enfermedad implica que para estudiar y entender las poblaciones no sean suficientes los métodos cuantitativos. (45)

Con la visión clásica positivista de la investigación, se tiende a una imagen reduccionista de la realidad, lo que impide conocer y explicar el todo en una forma integral. Nuevas corrientes de investigación (como el naturalismo), parten de la importancia de describir y comprender los procesos, y no solamente de cuantificar variables. (46)

Es así que la investigación cualitativa consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observados. Busca comprender la complejidad de los fenómenos sociales a partir de los significados que los sujetos le conceden; y no solo como el investigador las describe. (45;46) Mientras que la investigación cuantitativa, tiene como finalidad el determinar la extensión de los fenómenos sociales y establecer relaciones causales. (46)

En la siguiente tabla, podemos establecer diferencias entre los métodos cualitativos y cuantitativos de investigación:

Tabla 3. Diferencias entre las investigaciones cualitativa y cuantitativa (45;46)

Característica	Investigación cualitativa	Investigación cuantitativa
Foco	Qué existe y por qué, opiniones, percepciones	Extensión, relaciones causales
Tipo de conocimiento	Tiende a ser un proceso permanente de evolución. Estudia los fenómenos dentro de un contexto	Se desactualiza por ser puntual, de un momento dado. Conocimiento es más atomizado.
Diseño	Flexible, abierto y circular	Preestablecido, lineal y cerrado
Recogida de información	Intensiva	Extensiva
Diseño muestral	Intencional (muestras pequeñas)	Estadístico (muestras mayores)
Técnicas	Entrevista, observación, análisis documental	Encuestas, mediciones
Variables	Se van agregando y refinando en el campo	Pocas variables seleccionadas y definidas de antemano
Datos	Narrativos	Numéricos
Calidad de la información	Enfatiza la validez	Enfatiza la confiabilidad
Análisis	Inductivo, generación de teorías	Deductivo, estadístico, probar teorías
Interacción	Flexible	Formal, controlada
Investigador	Se reconoce parte del proceso (al involucrarse con los sujetos de estudio en su propio ambiente)	Trata de mantener objetividad

En resumen:

- En la *investigación cualitativa*, la intención es penetrar profundamente en la complejidad del hecho social a investigar y trabajar con pocos casos para profundizar el significado del objeto en estudio. Comprender la realidad a través de métodos y técnicas que producen datos narrativos.
- En la *investigación cuantitativa*, se busca la explicación causal del hecho y que los resultados tengan validez estadística para un universo mayor. Se utilizan técnicas que permiten la medición de las dimensiones de un fenómeno y el establecimiento de relaciones causales. (46)

En el proceso de recolección de datos, se pueden identificar cuatro tipos básicos de técnicas cualitativas: (45;46)

- a) La observación: contemplar sistemática y detenidamente el desarrollo de la vida social, sin manipularla ni modificarla, permitiendo que siga su curso de acción. Implica un encuentro entre el observador y los sujetos observados. Entre sus errores están en que puede ser influenciada por la subjetividad del observador, y fallas en la recolección de la información.
- b) La entrevista: es una conversación interpersonal en la que se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el tema propuesto. Es uno de los más eficaces para obtener una información más completa de los temas de estudio. Ha adquirido un papel muy importante en la investigación en salud para aquellos estudios en los que se quieren conocer percepciones, aptitudes, valores y opiniones de los distintos actores que intervienen durante la prestación de los servicios de salud. Puede clasificarse según el grado de estructuración (semiestructurada o estructurada), y el número de participantes (individuales y grupales).
- c) El análisis documental: analizar la información registrada en materiales duraderos (documentos escritos y/o visuales). Se caracteriza por la

clasificación sistemática, descripción e interpretación de los contenidos; de acuerdo con los objetivos del estudio. Los datos obtenidos pueden usarse de igual forma que los obtenidos de entrevistas y observaciones.

- d) Técnicas participativas: se utilizan en investigación cualitativa independientemente, o en complemento a las anteriores. Requieren una mayor participación, y suelen utilizarse en proyectos participativos. Comprenden las *técnicas creativas* (lluvia de ideas), *técnicas de consenso* (jerarquización de ideas por los participantes), y *técnicas proyectivas* (opiniones a través de la reflexión).

Por *triangulación* se entiende la utilización en combinación de varias técnicas cualitativas de recolección de datos.

9.5.2. El análisis de datos cualitativos.

Contrariamente a la percepción popular, la investigación cualitativa puede producir grandes cantidades de datos; los cuales no son necesariamente a pequeña escala. La transcripción de una entrevista individual típica toma varias horas (según el tema tratado), y puede generar fácilmente 20 a 40 páginas de texto a un solo espacio. (47)

El análisis cualitativo es un proceso sistemático, riguroso y creativo que consiste en clasificar, deducir, comparar y dar significado a los datos obtenidos. Se inicia desde los primeros momentos de la investigación y continúa hasta el final, a diferencia de los cuantitativos, en los que se hace después de recolectados los datos. (45;46)

Al margen de esta definición de partida, el término “análisis” se mueve entre unos márgenes muy amplios, existiendo cierta ambigüedad al respecto. Así, diferentes autores hacen distintas propuestas no existiendo un consenso sobre lo que el término significa, ni sobre las técnicas y estrategias para llevarlo a cabo. En ocasiones, el término análisis es entendido como el proceso de codificar, de agrupar según significados, de recuperar datos. En este sentido, el análisis adquiere matices propios

de tareas o procedimientos de *procesamiento y organización* de los datos, estando relativamente aislado del ejercicio de interpretación. (48)

Para otros autores, el análisis es entendido exclusivamente como el *trabajo imaginativo y creativo de interpretación*, relegando las tareas de categorización, organización y clasificación de los datos a una fase preeliminar al análisis propiamente dicho. En una mejor concepción, se puede adoptar una postura integradora, entendiendo que el trabajo de organización e interpretación de los datos están intrínsecamente relacionados y que se realizan de forma paralela no teniendo sentido uno sin el otro. (48)

El proceso de análisis, por tanto, evoluciona en la medida en que lo hace el propio proceso de investigación siendo en sus primeras fases más descriptivo y general para pasar a ser más focalizado e interpretativo en las fases más avanzadas. Teresa González y Alejandra Cano Arana en su artículo ejemplifican gráficamente este proceso:

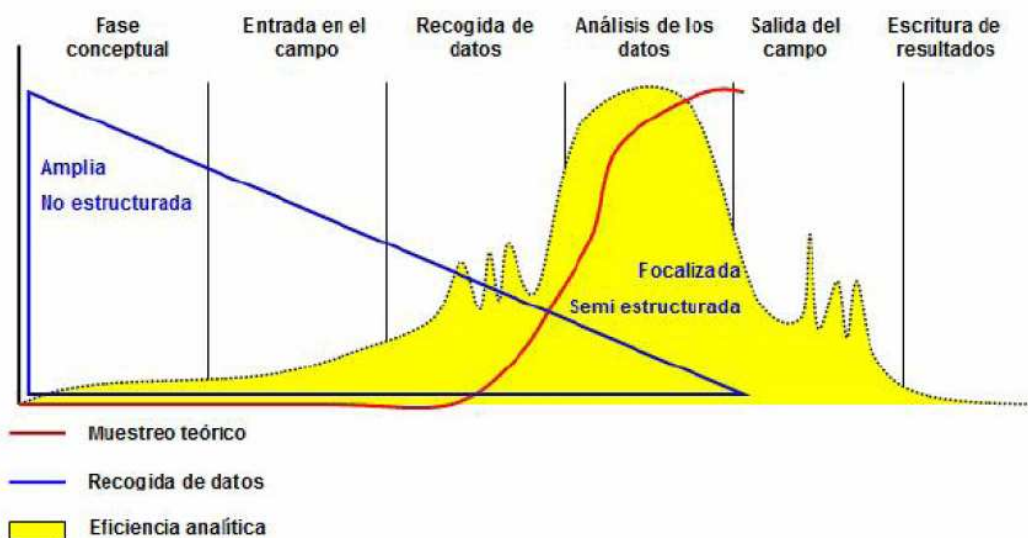


Gráfico 9. Proceso de análisis de datos en la investigación cualitativa. (48)

Salvo particularidades, y al margen del método y de la naturaleza de los datos, existen diferentes corrientes que nos van a orientar en nuestro proceso de análisis, entre otros, el análisis del contenido y el análisis del discurso. Existe cierta ambigüedad en la literatura sobre qué referente es más apropiado para la investigación cualitativa. (45).

Análisis del contenido (latente)	Análisis del discurso
Es el proceso de identificación, codificación y categorización de los principales los ejes de significado subyacente en los datos. Va más allá de la descripción de los componentes obvios y visibles de los datos (contenido manifiesto) para interpretar, realizar una abstracción de los datos accediendo así al significado oculto de los mismos (contenido latente) (15).	Es el proceso de identificación de los juegos del lenguaje producidos en el discurso, los marcos mediante los cuáles se ha construido el sentido, la referencia (16). Es el análisis e interpretación de las operaciones de los sistemas de signos y símbolos en su propósito de comunicar la experiencia humana (17).

Gráfico 10. Análisis de datos cualitativos. (49)

En otras palabras, cuando realizamos *análisis de contenido* partimos de la información recabada en el estudio (entrevistas, observaciones, revisión de documentos, etc.) para identificar los temas importantes que dijeron o quisieron decir. Mientras que en el *análisis del discurso*, se interpreta la información recabada en función de las bases teóricas que el grupo de investigadores se haya formulado. (50) Ambos estilos no son excluyentes, más bien son complementarios.

El término *codificación* hace referencia al proceso a través del cual fragmentamos o segmentamos los datos en función de su significación para con las preguntas y objetivos de investigación. Implica un trabajo inicial para preparar la materia prima que luego habrá de ser abstraída e interpretada. La codificación nos permite condensar nuestros datos en unidades analizables y, así revisar minuciosamente lo que nuestros datos nos quieren decir. La codificación nos ayuda a llegar, desde los datos, a las ideas. (49)

En concreto, el siguiente paso consistirá en la reagrupación de todos aquellos códigos o etiquetas que compartan un mismo significado. En función del método que estemos utilizando, este paso nos guiará hacia la identificación de categorías y subcategorías (teoría fundamentada¹⁰ o etnografía) o a la identificación de temas que describan la esencia de una experiencia (fenomenología). Las *categorías* son aquellos temas que emergen de las entrevistas o documentos. Se pueden crear de forma exclusivamente inductiva a partir de la información en los textos; a partir de las guías de entrevista u observación; o bien de forma deductiva-inductiva (el método más común). (45)(51)

La preparación sistemática, rigurosa y análisis de estos datos lleva mucho tiempo y mano de obra intensiva. El análisis a menudo se lleva a cabo junto con la recolección de datos para permitir que las preguntas se perfeccionen, e identificar nuevas vías de investigación. Los datos textuales se suelen explorar inductivamente mediante el análisis de contenido para generar categorías y explicaciones. Paquetes de software pueden ayudar con el análisis, pero no deben ser vistos como atajos para un análisis riguroso y sistemático de alta calidad de los datos cualitativos. Esto depende de la habilidad, la visión y la integridad del investigador; y no debe dejarse por completo a investigadores con poca experiencia. (47)(52)

¹⁰ **La teoría fundamentada** busca generar teorías a partir de datos recogidos en contextos naturales, por tanto sus hallazgos son formulaciones teóricas de la realidad. Se deriva de la perspectiva sociológica denominada *interaccionismo simbólico*, cuyo eje central es la consideración de los seres humanos como activos creadores de su mundo circundante (elaborando símbolos), comprendiendo la sociedad a través de la comunicación. Las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos.

El **método etnográfico** implica que el estudio se hace en los lugares naturales, esto es donde la acción sucede, que el investigador ha de aprender el mundo simbólico de las personas que estudia y su lenguaje. Una característica de la etnografía es que usa múltiples fuentes de datos. Además del trabajo de campo, el etnógrafo examina documentos, fotografías, mapas; recoge cualquier tipo de datos disponibles que arrojen luz sobre el tema que investiga, se sitúa próximo a las fuentes de datos y presta atención a los detalles.

En la fenomenología se distinguen dos escuelas de pensamiento que implican distintas metodologías: la eidética o descriptiva y la hermenéutica o interpretada. La fenomenología eidética tiene por objetivo describir el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes han tenido dicha experiencia. La fenomenología hermenéutica pretende comprender una vivencia donde el investigador es partícipe.

El proceso interpretativo y de abstracción de significado a partir de los datos se desarrolla desde el primer momento en que comenzamos a fraccionar y seleccionar elementos significativos de los datos a partir de la codificación. Sin embargo, es cierto que este trabajo gana en intensidad y profundidad a medida que avanza el trabajo de campo. Definimos abstracción como el proceso de separarnos de los datos para elevarnos al nivel de las ideas, de los conceptos, en definitiva, la construcción de teorías. La capacidad de abstracción (sensibilidad teórica) se podría entender como la aptitud de penetrar y dar significado a los acontecimientos y sucesos que muestran los datos, de ver más allá de lo obvio para descubrir lo latente, lo que está oculto, lo escondido, lo subyacente, lo profundo. En este sentido la sensibilidad teórica es algo que se trabaja, que se adquiere con el tiempo y con la experiencia analítica. (53).

A partir de la décadas de los 80 y los 90, comienza una proliferación de programas específicos para el análisis de datos cualitativos conocidos como CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software). En la actualidad existe una extensa gama de CAQDAS para el análisis cualitativo de los datos. Algunos investigadores cualitativos son reacios a ellos porque refieren que pueden guiar al investigador en alguna dirección en particular. Otros piensan que les puede llevar a efectuar un análisis cuantitativo de los datos cualitativos. Sin embargo, los más fervorosos defensores de los programas de análisis sostienen que estos permiten un proceso ajustado y transparente de análisis de los datos. (52)

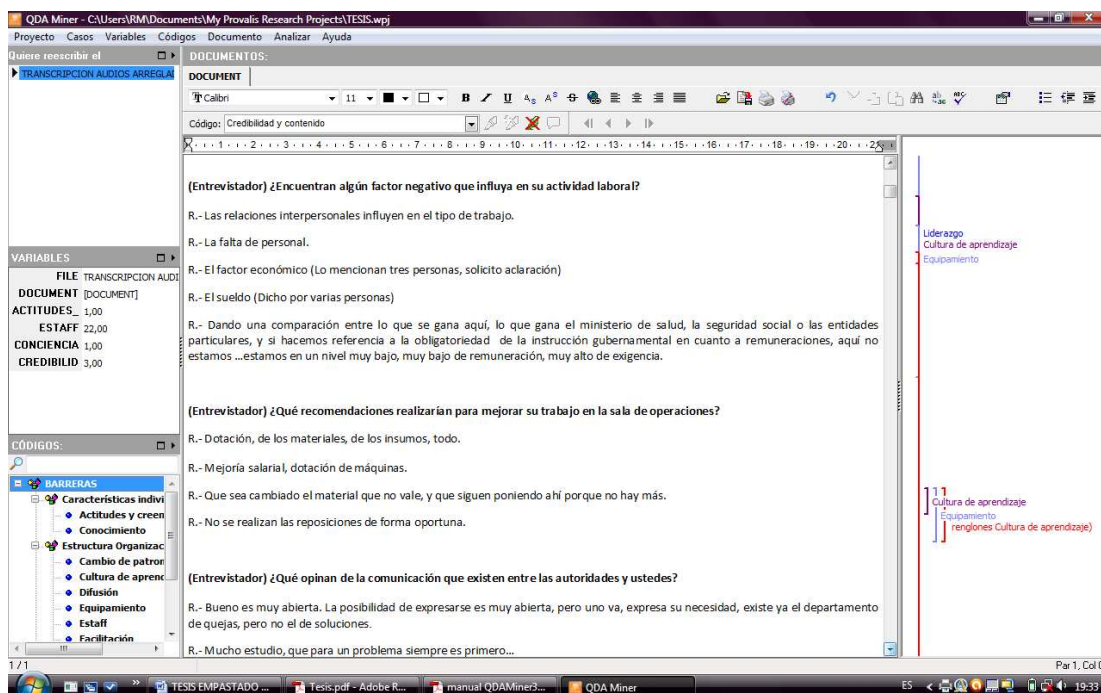


Gráfico 11. Ejemplo de análisis de entrevistas en software de datos cualitativos.

Fuente: Trabajo de Investigación Identificación de barreras y facilitadores para la implementación de la Estrategia de Cirugía Segura OMS. Ecuador. 2011.

Los programas pueden ser útiles para realizar tareas mecánicas de análisis, como pueden ser identificar similitudes, diferencias y relaciones entre distintos fragmentos de texto (proceso de codificación y categorización), pero de ninguna manera sirven para la creación de conceptos. Por lo que el software no puede reemplazar nunca la creatividad del investigador. Ninguno de los CAQDAS puede analizar información. Únicamente pueden ayudar al analista a organizar sus documentos, jerarquizarlos y facilitar el proceso de búsqueda de categorías en los documentos. El proceso de interpretar y formular resultados a partir de las categorías y las relaciones entre ellas corresponden a los investigadores. (52)

9.5.3. Utilidad de la investigación cualitativa.

La investigación cualitativa permite abordar la problemática de la salud y la enfermedad a partir de perspectivas distintas de las que se utilizan habitualmente; así como abordar cuestiones para las que los métodos cuantitativos no proporcionan una respuesta. Aunque se suelen contraponer los métodos cualitativo y cuantitativo, por asociarlos a diferentes visiones de la realidad, no se puede afirmar que se excluyan en cuanto a herramientas para el análisis de la misma. (45)

Algunos ejemplos en que la investigación cualitativa puede ser útil por sí misma están: explorar aspectos que se dan por conocidos, para entender las opiniones y diferentes prácticas de los profesionales ante una intervención nueva, para comprender el concepto u opinión de los usuarios sobre la utilización de los servicios, para comprender la cultura organizacional y gestión del cambio, para la evaluación de políticas sanitarias complejas, etc.

Además de poder desarrollarse de forma independiente, la investigación cualitativa en salud puede utilizarse de forma complementaria a la investigación cuantitativa para ayudarnos a interpretar resultados cuantitativos, a formular hipótesis y teorías, a definir variables o a elaborar cuestionarios. (45)

La autora Ana Belén Salamanca, resume en su artículo los principales objetivos de la investigación cualitativa en las ciencias de la salud. A continuación los exponemos en la siguiente tabla (54):

Tabla 4. Objetivos de la Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud (54)

OBJETIVO	TIPOS DE PREGUNTAS
Identificación	¿Cuál es el fenómeno? ¿Cómo se llama?
Descripción	¿Cuáles son las dimensiones del fenómeno? ¿Qué variaciones existen? ¿Qué es importante acerca del fenómeno?
Exploración	¿Cuáles son todas las características del fenómeno? ¿Qué está ocurriendo realmente? ¿Cuál es el proceso por el que surge o se experimenta el fenómeno?
Explicación	¿Cómo actúa el fenómeno? ¿Por qué existe? ¿Cuál es su significado? ¿Cómo se originó el fenómeno?

CAPITULO III

10. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La práctica clínica no siempre va de la mano con los resultados de la evidencia. Es necesario conocer las barreras y limitaciones previo a la implementación de guías de práctica clínica. La no utilización de una lista de verificación de la seguridad de la cirugía, como rutina preoperatoria en pacientes adultos sometidos a cirugías electivas, incrementa el riesgo de sufrir complicaciones por el acto quirúrgico, por lo que se lo considera un tema de Salud Pública no reconocido.

Inicialmente se pensó en un diseño cuantitativo para evaluar el impacto de la Lista de Verificación de la OMS sobre las complicaciones quirúrgicas. Sin embargo, al encontrar que era una intervención ya probada en diferentes escenarios, demostrando su utilidad, y al encontrar que el Ecuador es uno de los países en el mundo que se comprometió a impulsar esta estrategia, nació una inquietud cuya respuesta no estaba en la pregunta y diseño iniciales.

En tal virtud, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las barreras y facilitadores para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía para disminuir complicaciones relacionadas con el acto quirúrgico, en el personal del servicio de Cirugía General y sala de operaciones del Hospital Un Canto a la Vida de la Fundación Tierra Nueva de la ciudad de Quito, durante el primer trimestre del 2011?

11. OBJETIVOS

11.1 General:

Identificar las barreras y facilitadores para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, en el personal del servicio de Cirugía General y sala de operaciones del Hospital Un Canto a la Vida de la Fundación Tierra Nueva de la ciudad de Quito, durante el primer trimestre del año 2011.

11.2 Específicos:

- Identificación de informantes clave en los servicios participantes.
- Proponer estrategias para solventar las principales barreras que dificulten la implementación del instrumento al largo plazo.
- Integrar al Hospital Tierra Nueva como centro referente del sur de la ciudad de Quito, en la aplicación de esta estrategia.

12. METODOLOGÍA

12.1. Universo y muestra:

Se buscó trabajar con la totalidad de los integrantes de los servicios de la institución involucrados: 3 Cirujanos generales (se excluyó al director de tesis), 5 Anestesiólogos (logramos participación de 3); 8 Médicos residentes; y 15 Enfermeras y auxiliares de sala de operaciones.

Con el fin de conseguir la saturación en la información, se usó una selección teórica estratificada de los participantes. Se realizaron dos entrevistas grupales con los estratos más numerosos (grupo uno: enfermería, auxiliares y anestesiología; grupo dos: residentes). Se complementó con 4 entrevistas individuales (cirujano general, enfermera, auxiliar y residente).

12.2. Análisis de Datos:

El análisis de datos lo realizó el autor (para guardar confidencialidad); con revisión por parte del director de tesis para mayor objetividad de los mismos.

En base a las referencias bibliográficas (31)(43)(44), se estableció la siguiente estructura de las posibles categorías a identificar en el estudio:

Categoría/Subcategoría	Barreras	Facilitadores
Estructura organizacional		
Equipo quirúrgico	Falta de tiempo No acuerdo en la necesidad del uso de guías clínicas Agotamiento emocional Carga de trabajo Sobrecarga de información	Roles claros Inclusión en el proceso de toma de decisiones Suficiente tiempo
Cultura y estructura de aprendizaje	Falta de cultura de aprendizaje	Promover organización de aprendizaje
Liderazgo	Falta de dedicación de tiempo Falta de inversión de la organización Guías no mandatorias Falta de estrategias y competencias en la organización Resistencia a equipos multidisciplinarios Preocupaciones acerca de los recursos Falta de recursos financieros	Liderazgo fuerte Jefe de departamento activo Jefe del departamento apoya la implementación Estructuras organizacionales efectivas Empoderamiento del enfoque de los aprendizajes Implementación de equipos multidisciplinarios Efectivo trabajo en equipo Conciencia de las actitudes y acciones clínicas

Categoría/Subcategoría	Barreras	Facilitadores
Difusión	Falta de objetivos claros de intervención Reuniones de implementación no regulares Formato de las guías	Apoyo a la implementación Planificación del proceso de implementación Acceso a guías y escalas clínicas recomendadas
Cambio de patrones clínicos	No mediciones o herramientas para la evaluación de la atención	Retroalimentación del desempeño Uso rutinario de auditoría Indicadores de calidad Mediciones “antes” con el fin de identificar brechas
Facilitación	Falta de facilitación	Facilitación externa Visitas de superación académica Conducir el cambio local
Características individuales de los profesionales de la salud		
Actitudes y creencias	Actitudes negativas para las guías clínicas y nuevas acciones Percepción de limitada validez de las guías Miedo a la pérdida de autonomía Miedo de la estandarización de la atención Preocupaciones sobre la relevancia de las pruebas de propios pacientes Falta de internalización de las guías	Actitudes y creencias positivas con respecto a las guías clínicas y nuevas acciones
Conocimiento	Falta de herramientas de búsqueda Falta de entrenamiento especializado	Aumento del conocimiento

Categoría/Subcategoría	Barreras	Facilitadores
Percepción sobre las guías y estrategias de implementación		
Credibilidad y contenido	Cambio en recomendaciones Sobreestimación de la atención actual	Aumento en la rendición de cuentas
Conciencia	Falta de familiaridad con las guías	Conciencia de los profesionales

Se resaltaron las categorías encontradas tras la revisión de las entrevistas efectuadas. Además se aportaron los datos del diario de campo, así como de la observación del trabajo en sala de operaciones. Comparamos los resultados del estudio con la información obtenida de la revisión de la literatura afín al tema, con el objeto de proponer soluciones a estos temas.

Los datos de las entrevistas se analizaron además con ayuda del programa de análisis de datos cualitativos QDAMiner. Con las categorías establecidas se estructuró el reporte final.

12.3. Tipo de estudio

Estudio Cualitativo Observacional Descriptivo Etnográfico.

12.4. Criterios de Inclusión:

- Personal de los servicios de cirugía general (médicos tratantes y residentes), anestesiología, enfermería y auxiliares de sala de operaciones.
- Aceptación para participar en el estudio.

12.5. Criterios de Exclusión:

- Personal de otros servicios de salud de la institución.
- Negativa para participar en el estudio.

12.6. Instrumentos

Se utilizaron varias estrategias de la investigación cualitativa. Inicialmente realizamos una observación dirigida en sala de operaciones. Registramos la experiencia de la investigación en un diario de campo. Tras revisión de la literatura, diseñamos una entrevista para individuos y grupos de discusión (Anexo 1). La información recogida fue analizada con los parámetros ya mencionados.

CAPITULO IV

13. RESULTADOS

13.1. Datos de referencia de la institución.

Siguiendo las recomendaciones para la implementación de la Estrategia de Cirugía Segura, se levantó la información de referencia de la institución. Esto se realizó en base al formato recomendado en el Manual de Implementación de la Estrategia, y se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 5. Información General Hospital Un Canto a la Vida.

Ubicación.	Av. Rumichaca S3310 y Matilde Álvarez.
Dirección de correo electrónico.	infoftn@fundaciontierranueva.org.ec
Número de camas.	40 operativas, con proyección para 150.
Número de cirujanos generales.	4
Número de anestesiólogos.	5
Número de quirófanos.	5 en obra física. 2 funcionando.
Líder de anestesiología.	Dr. Vinicio Viñán.
Líder de enfermería.	Lic. Gray Amaguaña.
Líder de cirugía general.	Dr. Edwin Gualacata.
Administradores del Hospital.	Presidenta ejecutiva: Lic. Margarita Carranco. Seguro de Salud Integral: Dra. Beatriz Rivadeneira. Director médico: Dr. Marcelo Torres.

Cirugías en el último año	2297 intervenciones quirúrgicas anuales 191 cirugías por mes 6 cirugías por día
Uso de antibióticos profilácticos.	El cirujano elige la antibióticoprofilaxis. Se administran principalmente en sala de operaciones. Se administran pocos minutos antes de la cirugía.

Fuente: Hospital Un Canto a la Vida. Departamentos Administrativo, Dirección Médica y Estadística. 2011.

Dentro de la información general mencionada, el Programa de Cirugía Segura solicita datos de base respecto al registro de complicaciones asociadas a la cirugía. No se colocó este apartado, ya que no se disponía de información específica en cuanto a las complicaciones asociadas a la cirugía. Como observamos en las estadísticas del Hospital (anexo 3), dentro de los indicadores de la producción no consta un apartado referente a este tema. Esto se relaciona al hecho de que la institución no cuenta con un método de registro específico de complicaciones asociadas a intervenciones quirúrgicas.

Además, para el seguimiento de pacientes, las autoridades plantearon como alternativa el uso de llamadas telefónicas, aunque esto no es una práctica habitual en la institución.¹¹ En sala de operaciones se utiliza una lista de chequeo de enfermería, previo la realización de cualquier intervención quirúrgica.

Se realizaron varias visitas al Centro Quirúrgico para conocer las instalaciones y familiarizarnos con el trabajo diario del personal. A través de los registros del diario de campo, identificamos los informantes clave para realizar las entrevistas, así como

¹¹ Debemos recordar que durante el estudio de validación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, se realizó seguimiento de la presencia o no de complicaciones asociadas a la cirugía en los pacientes durante la hospitalización, y por 30 días más desde el momento del alta hospitalaria. (7)

probables temáticas a investigar. Por motivos logísticos (viaje del investigador fuera de la ciudad), se requirió la colaboración de un segundo investigador médico para la realización de las entrevistas. A continuación exponemos el análisis narrativo de los datos recolectados.



Gráfico 12. Hospital Un Canto a la Vida. Sala de operaciones.

Tomada por Giovanni Rojas (con autorización de los participantes). Observación en Sala de Operaciones. Ecuador. 2011.

13.2. Barreras en la implementación.

13.2.1. Carga laboral y horario de trabajo en el equipo quirúrgico.

Se identificó como la barrera más mencionada dentro de los participantes en el estudio. Se hace referencia dentro de los médicos residentes al número de horas de trabajo asistencial como su principal limitante.

300 a 350 horas de trabajo [por mes] influyen bastante en la calidad de servicio que se ofrece (médico residente)

En las observaciones de campo en quirófano, médicos tratantes se expresan satisfechos con su horario laboral, lo cual se ratifica en la posterior entrevista individual a un médico tratante de cirugía. De igual manera, en el grupo de enfermeras y auxiliares hay satisfacción con el horario laboral. Esto en relación a la modalidad rotativa de turnos de trabajo que tiene este personal.

Sin embargo, llama la atención que cuando se preguntaron las razones para no asistir a las capacitaciones programadas por la institución, se obtuvo por respuesta al tiempo.

Tal vez el horario, porque se hacen [las capacitaciones] en la mañana, y hay personas que venimos en la tarde al turno...venir a la capacitación, de ahí regresar a la casa y otra vez volver al turno en la tarde. Ese tal vez es el problema, un poco el horario (auxiliar de enfermería)

Se mencionan además a la carga de trabajo, la falta de personal y las malas relaciones interpersonales como otros limitantes importantes.

El trabajo es muy forzado, hasta que llegó un médico que nos está ayudando en las tardes... (médico residente)

Es extenuante, esa es la palabra. (médico residente)

El trato de los médicos no es el adecuado. (auxiliares y enfermeras, entrevista grupal de quirófano)

Emiten comentarios que están fuera de lugar, con respecto al paciente incluso. (médico residente)

Yo no estoy tan de acuerdo con el trato como dijimos de algunos médicos tratantes, entonces si bien nosotros estamos en medio de formación, creo que debería haber un respeto de parte y parte... (médico residente)

A veces no tenemos personal para alistar el otro quirófano. (auxiliares y enfermeras, entrevista grupal de quirófano)

Otra de las limitaciones muy mencionada hace relación a las remuneraciones. Se relaciona su nivel de ingresos, con el que perciben en otras instituciones por un cargo igual; considerando que su trabajo es incluso más sacrificado que en otras unidades de salud.

Dando una comparación entre lo que se gana aquí, lo que gana el Ministerio de Salud, la Seguridad Social o las entidades particulares, y si hacemos referencia a la obligatoriedad de la instrucción gubernamental en cuanto a remuneraciones; aquí...estamos en un nivel muy bajo, muy bajo de remuneración, muy alto de exigencia. (anestesiólogo, entrevista grupal de quirófano)

Hay cosas que estamos a full, y a veces no piensan... en el personal. También un incentivo, los sueldos que también están bajos...(auxiliar de enfermería)

El personal ve con insatisfacción lo que ellos perciben como la falta de preocupación de las autoridades en cuanto a mejoras en las remuneraciones; y en el equipamiento y dotación de insumos para la sala de operaciones.

13.2.2. Cultura y estructura de aprendizaje.

Se identificó como el segundo punto más mencionado dentro de las barreras para la implementación. Encontramos la falta de un programa académico formal de capacitación por parte del Departamento de Docencia de la institución. Es así que cuando se pregunta por el origen de las capacitaciones, se hace referencia al grupo como el principal gestor.

Aquí existe el departamento de docencia, pero realmente para lo que es la preparación, la capacitación de quirófano, no ha participado directamente.

No sé cuál sea la razón, tal vez la falta de iniciativa desde acá, pero prácticamente la capacitación que se hace es por motivación y programación del propio grupo...(anestesiólogo, entrevista grupal de quirófano)

El personal auxiliar y enfermeras de centro quirúrgico mantienen reuniones mensuales (último viernes de cada mes), con participación del personal de anestesiología principalmente. Ocasionalmente se organizan capacitaciones según temas propuestos por iniciativa del grupo. Existe inconformidad en este personal por la falta de involucramiento del Departamento de Docencia de la institución en estas capacitaciones.

Es así que por interés del personal de sala de operaciones, se han acordado temas, buscado capacitadores, refrigerios y en ocasiones hasta local para reuniones de capacitación. Al contrario, los médicos de cirugía general no mantienen reuniones de trabajo regulares. Incluso existe la percepción en un entrevistado de que no existe el servicio de cirugía general.

Claro, sería necesario que se forme el servicio [de cirugía general], entonces reunirnos los 4 cirujanos que somos, que por suerte tenemos muy buenas relaciones y eso nos va a permitir crear un servicio sólido; y sobretodo que académicamente esté en óptimo nivel...que podamos...competir realmente con cualquier hospital porque estamos en esa capacidad. (médico cirujano)

Dentro del personal médico, por las limitaciones de tiempo ya mencionadas, se menciona que asisten irregularmente a las reuniones de capacitación. Dentro del personal de enfermería y auxiliares, existe la percepción de que su participación en estos eventos es más de forma obligatoria que por un interés real de capacitarse.

13.2.3. Comunicación con las autoridades.

Se obtuvieron respuestas dispares respecto a la comunicación con las autoridades de la institución. En algunos momentos se hizo referencia a la apertura al diálogo por parte de las autoridades. Por otro lado se mencionaron fallas en el canal de comunicación, y en la respuesta de las autoridades.

Bueno, es muy abierta [la comunicación]. La posibilidad de expresarse es muy abierta, pero uno va, expresa su necesidad, existe ya el departamento de quejas, pero no el de soluciones. (anestesiólogo, entrevista grupal de quirófano)

Bueno, la manera vertical como se está manejando [la comunicación] no funciona. Se mandan escritos que uno los lee, y los papeles inclusive prácticamente se van a la basura. No hay un diálogo participativo bidireccional que pueda alimentar el desenvolvimiento y mejorar la calidad de atención a los pacientes. Deberían hacerse sesiones mensuales, quincenales, no sé, debería eso determinar el jefe de esa área, de cirugía. (médico residente)

No es muy buena la comunicación que existe, hoy por eso tenemos justo algunos inconvenientes que son los procesos que no se dan a conocer...(enfermera)

13.2.4. Equipamiento.

Existe la preocupación plena por la falta de equipos e insumos médicos, así como por el estado del instrumental quirúrgico y equipamiento de anestesia; percibida sobretodo dentro del personal de enfermería y auxiliares.

...por ejemplo de los insumos, que hay momentos en que uno puede estar pilas pero no hay. Entonces es ahí donde se retrasan las cirugías, y en ese

momento no se sabe qué hacer... (auxiliares y enfermeras, entrevista grupal de quirófano)

En central de esterilización ahorita por ejemplo estamos sin cortadora de gasas, y están esperando que se traigan las cotizaciones, que se cumpla el trámite normal, sin tener en cuenta el retraso en el trabajo en la central...(auxiliares y enfermeras, entrevista grupal de quirófano)

Sin embargo, en las intervenciones destaca la intervención de un médico anestesiólogo. A más de mostrar conocimiento de intervenciones que van a favor de la seguridad de los pacientes en sala de operaciones; se muestra como un promotor de cambios en la práctica profesional del personal de quirófano.

Desde el 2007 que yo me acuerdo hemos venido pidiendo, hasta ahora no se ha logrado, las mantas térmicas,¹² que es un elemento muy simple, de bajo costo, muy aplicable, pero sobretodo muy beneficioso... Yo pienso que un lema en anestesia es la seguridad...uno debe garantizar que se esté equipado para no llegar a la consecuencia... (anestesiólogo, entrevista grupal de quirófano)

13.2.5. Cambio de patrones clínicos.

Si bien la institución cuenta con el Departamento de Auditoría y Gestión de Calidad en Salud, en las respuestas se puede encontrar que de manera general no existe protocolización en las prestaciones de salud. Sólo en una entrevista se hizo referencia a normas existentes en quirófano. Además, se citaron fuentes bastante generales de actualización (se responde como *internet*

¹²Se describe en la literatura la utilidad de las mantas térmicas en el control de la hipotermia del paciente en sala de operaciones, como una intervención que disminuye las infecciones de la herida quirúrgica. Otros factores que pueden controlarse por los anestesiólogos para conseguir este fin se relacionan al aporte de oxígeno al paciente, la administración de líquidos parenterales, la hiperglucemia, antibióticoprofilaxis y la administración de transfusiones sanguíneas. (67)(68)

solamente) dentro de auxiliares y enfermeras; siendo el personal médico quien lo menciona de manera más concreta (Pubmed como ejemplo de buscador médico, CDC, OMS y biblioteca Cochrane).

En el grupo de médicos residentes, se hace referencia a la falta de actualización de los médicos tratantes, de estandarización de tratamientos y la pobre aceptación de sugerencias.

El que no se haya[n] estandarizado o protocolizado...los tratamientos porque cada médico en particular tiene su forma de ver y manejar sus pacientes, entonces cuando uno trata de aplicar lo que está acorde al avance de la ciencia...no se puede. (entrevista grupal médicos residentes)

13.2.6. Credibilidad y contenido de las guías clínicas.

En el ambiente laboral se tiene conciencia de la aplicación de una lista de chequeo preoperatorio por parte del personal de enfermería. Sin embargo, no se encuentran respuestas que hagan alusión a la necesidad de implementar una nueva Lista de Verificación respecto a la que utilizan en la atención quirúrgica actual.

Sí lo estamos cumpliendo aquí en la mayoría de pacientes [una lista de verificación], en el mayor [número] de los posible[s][pacientes] lo aplicamos. A veces por la premura de las cirugías que quieren entrar los cirujanos tal vez puede ser [que] no, pero sí las cumplimos (auxiliar de enfermería)

Tenemos nosotras ya una hoja propia de la institución que se va aplicando, entonces más o menos los parámetros que se tienen en la hoja de la OMS es similar a la que tenemos, así que solamente sería de aplicarla a la otra hoja. (enfermera)

13.2.7. Actitudes y creencias acerca de las guías clínicas.

Pudimos identificar en el personal de enfermería y auxiliares entrevistado, actitudes de resistencia ante la idea de implementar esta nueva estrategia. Esto fue reforzado por el lenguaje paraverbal de los entrevistados (tono de voz en las respuestas y posturas corporales principalmente).

...la parte de conocimiento que se tiene de estas estrategias o que cuando se quieren implementar no se tiene la acogida necesaria de todo... el equipo. Se van poniendo demasiadas trabas que hacen que igual ese proceso que se quiera reno[var] e innovar se va entorpeciendo ahí y... no surja. Entonces como que se encuentran demasiadas trabas y el proceso se va quedando ahí estancado. (enfermera)

Dentro del personal médico (cirujanos, residentes y anestesiólogos), se obtuvieron comentarios favorables antes aplicaciones de nuevas estrategias. Este punto será mejor abordado en la sección de facilitadores.

13.2.8. Conocimientos sobre guías clínicas.

En las observaciones de campo, así como en las entrevistas, no se tuvo respuestas concisas respecto a la Estrategia Cirugía Segura de la OMS. Se encontró desconocimiento completo del personal de enfermeras, auxiliares, y anestesiólogos entrevistados. Llama la atención que dentro del grupo de cirujanos generales de la institución, conformado por 4 médicos tratantes, y habiendo entrevistado a 3 de ellos (el director de la presente investigación, el líder de servicio y un tratante en consulta externa), hubo pocas nociones del tema. Sólo dos de ellos tenían un conocimiento variable de la temática (el jefe de servicio, y el director de este trabajo en mayor medida), mientras que el tercer entrevistado desconocía por completo la estrategia, razón por la que no contestó una pregunta de la entrevista. Además, se consideró muy importante el conocimiento global de esta estrategia para facilitar su implementación.

...creo que sería mejor tener el conocimiento de todas las personas para que la innovación sea compartida y no impuesta. (enfermera)

Se pudo evidenciar que ante la interrogante sobre fuentes de información para actualizarse, se menciona al *internet* de manera muy general, sobre todo en las participaciones de enfermeras y auxiliares de enfermería. Una enfermera cita al posgrado que está cursando como su fuente de actualización. En cambio, en las entrevistas al personal médico (tratantes y residentes) se citan fuentes más específicas como Cochrane.

13.3. Facilitadores para la implementación.

13.3.1. Cultura y estructura de aprendizaje.

Dentro del personal de enfermeras, auxiliares y anestesiólogos, se hace referencia al grupo como el principal gestor de las capacitaciones que se realizan. También se reconoce que existe la motivación para superarse y promover el desarrollo de conocimiento dentro del grupo.

...del mismo grupo [proviene la iniciativa de capacitaciones], del grupo de acá de quirófano, pero buscando de acuerdo a las necesidades de quien nos puede ayudar con la capacitación (enfermera).

Dentro del grupo, se destaca el papel de los líderes de sala de operaciones en la promoción de capacitaciones para el personal.

Hay que reconocerlo, las cabezas, el coordinador que está a cargo [del quirófano] es el que siempre está tratando de dar conocimientos actuales, coordinar charlas, talleres. Tanto ha sido por parte del anestesiólogo que maneja su servicio o por la parte de cirugía... (médico residente)

13.3.2. Cambios de patrones clínicos.

En general, los entrevistados califican favorablemente el trabajo que desempeñan. De igual manera, reconocen que pueden mejorar su actual desempeño laboral. Dentro del personal de quirófano se recalca su iniciativa para salir adelante en las dificultades.

Es buena [la calidad de trabajo], pero sí creo que puede ser mejor. (enfermera)

...una de las cosas positivas...de la falta de insumos, es que uno ha aprendido a improvisar, y eso creo que es bueno, la creatividad de las personas ha crecido de forma importante... (anestesiólogo, entrevista de grupo)

13.3.3. Credibilidad y contenido de las guías clínicas.

La estrategia a implementar tuvo comentarios favorables entre los médicos residentes y tratantes. Se hace referencia a la institución promotora del programa (la Organización Mundial de la Salud) como garantía de validez de la lista de verificación. El personal de los grupos participantes se mostró dispuesto a trabajar en la implementación de la nueva guía.

...primera vez que escucho algo así [la implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS]...me parece novedoso, importante... (médico residente)

...si está hecho por la OMS...entiendo que es un formulario que estará muy seriamente estudiado y planificado...(médico cirujano)

13.4. Estrategias para superar las barreras y fortalecer los facilitadores para la intervención.

Era creencia de las autoridades de la institución entrevistadas, que las malas relaciones interpersonales entre el equipo quirúrgico (auxiliar-enfermera/o-médico/a) serían un gran limitante para aplicar nuevas estrategias. Con la información de este estudio, si bien encontramos su presencia como barrera, no corresponde a la respuesta mayormente mencionada dentro de la categoría de carga laboral y horario de trabajo.

La información recabada permite orientar los pasos a seguir para la aplicación de las recomendaciones del programa de Cirugía Segura. Pudimos evidenciar que se cumplieron los pasos fundamentales del estadio de *orientación*, encontrando los mayores obstáculos en la *interiorización* de la estrategia. Consideramos para este momento, el horario rotativo del personal, a más del escaso tiempo que se tiene para capacitaciones dentro del grupo de trabajo.

A través de las facilidades brindadas por los líderes de las áreas responsables, se realizaron dos charlas informativas grupales. En la primera, asistieron los responsables de cada departamento directamente involucrado con la atención quirúrgica del paciente. Con la presencia del director de este estudio, se dieron cita en el primer encuentro (enero de 2011) representantes de los servicios de traumatología, ginecología, oftalmología, cirugía vascular, medicina general, otorrinolaringología, anestesiología, cirugía general y de la administración del hospital. A más de la difusión de la estrategia, con los objetivos de este estudio, se pudo identificar de manera general el medio en que se desarrollaría. Localizamos informantes clave, así como los servicios con menor interés en participar de la estrategia al momento.

En un segundo encuentro, que se acordó para realizarse en la reunión mensual del personal de sala de operaciones (febrero); intervinieron auxiliares, enfermeras y

representantes de anestesiología. Empleamos videos demostrativos de la aplicación de la Lista de Verificación (disponibles en la página web de la OMS de forma gratuita), y realizamos la entrevista grupal grabada con la autorización verbal de los participantes. Adicionalmente, se realizaron dos visitas más a sala de operaciones, para trabajar con grupos más pequeños en la familiarización y llenado de la lista de verificación para su futura implementación. Concluido este estudio, se acordó la difusión de los resultados al personal de sala de operaciones en la reunión del servicio del mes de mayo.

De igual manera nos entrevistamos con el Director Médico de la institución para dar a conocer los avances del presente trabajo. Acordamos presentar los resultados de este estudio al personal restante, a fin de que se puedan tomar las decisiones y correctivos del caso. Proporcionamos parte del material bibliográfico utilizado, para que sirva como referencia del tema en la toma de decisiones en la institución.

Se ha establecido un proceso de trabajo para los siguientes estadios y fases de implementación. Una vez concluidas las capacitaciones al personal que será responsable del llenado de la lista de verificación (auxiliares, enfermeras, y en ocasiones médicos), se procederá a programar las fechas para las demostraciones respectivas durante la realización de una cirugía programada por el servicio de cirugía general, con la participación del director de esta investigación.

Se expuso el Manual de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía para servir de referente en las etapas de cambio y mantenimiento. Es así que una vez iniciada la aplicación de la lista, se empezarán a documentar las principales complicaciones quirúrgicas que se susciten. Para esto se escogerán las que el servicio de cirugía general considere como más importantes y/o frecuentes, con el respectivo sustento bibliográfico. Los resultados así obtenidos, serán publicados a nivel institucional, para su discusión y posterior difusión externa.

Con el afán de dar a conocer a la Organización Mundial de la Salud el trabajo realizado con el apoyo institucional, se acordó que el resumen de este estudio será

enviado vía correo electrónico a la dirección proporcionada por los responsables del Programa de Cirugía Segura.

De la descripción de los apartados anteriores, podemos colegir que las principales barreras hacen alusión a la carga laboral y el horario de trabajo del equipo quirúrgico (con un especial descontento por las remuneraciones), a la comunicación con las autoridades de la institución, a las actitudes hacia las nuevas recomendaciones y a la cultura-estructura de aprendizaje de los participantes. El equipamiento de la institución se muestra como otra dificultad a sortear. Los principales facilitadores se encuentran en la actitud personal para superarse y adquirir nuevos conocimientos, y el deseo de mejorar la atención quirúrgica actual. El interés de las autoridades por la implementación de la estrategia, es un factor adicional que favorece la implementación de la intervención.

CAPITULO V

14. DISCUSIÓN

Las barreras relacionadas con la estructura organizacional, las características individuales de los profesionales de la salud, la insatisfacción por la carga laboral, el horario de trabajo y la remuneración recibida, y la percepción acerca de las guías de práctica clínica y sus estrategias de implementación; se hacen evidentes en este estudio como en otras experiencias publicadas. (8)(38)(42)(43)(44)(31)(39)(55) En este estudio las principales barreras a sortear en el proceso de implementación de la Estrategia de Cirugía Segura se encuentran en factores del equipo quirúrgico, cultura y estructura de aprendizaje personal e institucional, la comunicación con las autoridades de la institución, el equipamiento de sala de operaciones, el cambio de patrones clínicos, y la credibilidad y contenido de las guías clínicas percibido por el personal de salud; con algunas diferencias entre los diferentes grupos participantes.

En el estudio cualitativo de Chaillet y colaboradores (43) sobre la implementación de protocolos orientados a reducir la tasa de cesáreas en Quebec, los factores que impidieron o favorecieron la aplicación de los protocolos fueron clasificados en cuatro categorías: el nivel hospitalario (en particular la gestión y las políticas hospitalarias); el nivel departamental (con inclusión de las políticas locales, el liderazgo, los factores organizacionales, los incentivos económicos y la disponibilidad de equipo y personal); las motivaciones y actitudes de los profesionales sanitarios (incluidos los problemas médico-legales, los niveles de aptitud, la aceptación de las directrices y las estrategias usadas para poner en práctica las recomendaciones), y las motivaciones de las pacientes. Concluyeron que la identificación de los factores que impiden o facilitan la adopción de las recomendaciones ayuda a orientar la formulación de estrategias eficaces para mejorar la aceptación local de guías clínicas.

Otra experiencia a citar es la de Forsner y colaboradores, quienes evaluaron las barreras y facilitadores en la implementación de guías clínicas en psiquiatría. (44) Recalcan la complejidad de transportar los reportes de la evidencia científica a la práctica diaria. Clasificaron sus categorías en tres grupos: los recursos organizacionales, las características individuales de los profesionales de la salud, y la percepción acerca de las guías clínicas y sobre las estrategias de implementación de las mismas. Entre sus conclusiones se cita que factores relacionados al contexto local (como la cultura y estructura de aprendizaje, el liderazgo institucional, el monitoreo y retroalimentación sobre la práctica clínica; para citar algunas categorías), pueden tener influencia en la implementación de guías clínicas. Una de las estrategias empleadas para sortear las barreras, fue involucrar directamente al personal de salud en el proceso de implementación.

En concordancia a las dos experiencias anteriormente citadas, en el presente estudio se encontraron mayores barreras que facilitadores para la implementación de guías de práctica clínica (en este caso, la Lista de Verificación del programa Cirugía Segura de la OMS). Es aporte de este estudio la identificación de la falta de equipamiento e insumos en sala de operaciones, como una barrera adicional para la implementación de esta estrategia.

Dentro de los factores que facilitan la aplicación de nuevas recomendaciones para la práctica clínica, se cuenta con categorías similares a los estudios citados; como son el apoyo institucional, el deseo de cambio en los patrones de práctica clínica, y la credibilidad y aceptación del contenido de las guías clínicas que dio el personal participante en el estudio.

En un medio donde el Sistema de Salud busca organizarse, coordinando a todos los estamentos participantes en él (sectores públicos y privados), nos enfrentamos a contextos distintos al empezar la aplicación de guías de práctica clínica. Por ejemplo, podemos contrastar nuestra realidad con lo acontecido en zonas rurales australianas (39)(56)(57), en donde existen programas de formación continua del personal de

salud en medicina basada en evidencia e implementación de guías de práctica clínica, con resultados satisfactorios para la población.

Además, la falta de un programa académico estructurado para la formación en las nuevas recomendaciones médicas; así como en la enseñanza de medicina basada en evidencia, es una debilidad importante para intentar introducir nuevas prácticas de atención al paciente. La literatura reporta que el diseño de múltiples intervenciones para la enseñanza y soporte de la medicina basada en la evidencia (clases de 1 hora diaria, desarrollo de temas evaluados críticamente -llamados CAT's¹³-, entrenamiento en búsquedas de artículos en internet, facilitación del acceso a fuentes de información médica entre otros), mejora significativamente los patrones de práctica clínica basadas en la evidencia en un hospital general distrital. (58) El desarrollo de este programa de formación implica la participación de los actores de este proceso (médicos de los diferentes niveles de atención, pacientes, autoridades y responsables políticos para citar a los principales), tendiendo puentes de comunicación entre los diferentes niveles de atención implicados. (59)

A la par del estudio de validación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a nivel mundial, se condujo un estudio para medir el impacto de esta intervención. Haynes y colaboradores (2010) encontraron que la mejoría en los resultados posoperatorios se asoció con una mejor percepción en el equipo y a un mayor clima de seguridad, luego de implementarse la lista de verificación. (55)

De igual manera se ha demostrado que la introducción de listas de verificación quirúrgicas, mejoran la comunicación entre el equipo quirúrgico, y promueven un trabajo en equipo más proactivo y colaborador. Así mismo se comprobó en los Estados Unidos que el uso de la lista de verificación de la OMS ahorra costos una vez que reduce en al menos un 3% las principales complicaciones quirúrgicas, a la vez que mejora la calidad de atención en los hospitales. (8)(60) Lo citado vuelve aún

¹³ CAT son las siglas de Critically Appraised Topics.

más importante la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía; sin embargo no fue objeto del presente estudio a nivel local.

En cuanto a facilitadores para la intervención, el apoyo institucional a través de sus autoridades será de gran ayuda. La disposición a mejorar el trabajo asistencial, así como el deseo de aprender, son los puntos más destacados en cuanto a los pilares de apoyo para iniciar con la intervención. El trabajo sistemático realizado por el personal auxiliar y de enfermería en la recepción de los pacientes en sala de operaciones previo a la realización de las cirugías, será de utilidad a la hora de implementar la lista de verificación.

Esta investigación tuvo varias limitaciones. El investigador no es parte de la institución cede del estudio. Esto creó dificultades a la hora de recolectar la información, así como en el seguimiento de las etapas iniciales de implementación de la estrategia de Cirugía Segura. Por la distancia entre el lugar de trabajo asistencial del investigador y la sede del estudio, se perdieron varias horas de trabajo solo en movilización. Para solventar estas dificultades fue de gran ayuda el interés demostrado por las autoridades para que el proceso continúe sin mayores contratiempos. Además por la falta de experiencia en estudios cualitativos del investigador, se dificultó la elaboración del protocolo investigativo, así como de los instrumentos para su posterior ejecución. Esta dificultad se solventó con el apoyo de los directores de este trabajo.

Al tratarse de investigación cualitativa, sus resultados pueden aplicarse en el contexto local de la investigación, pudiendo generalizarse a otras realidades con las consideraciones del caso. Igualmente, al tratarse de la primera experiencia del investigador en la realización de estudios cualitativos, podrían presentarse errores en el análisis de los datos. Para disminuir en lo posible estos errores, se pueden utilizar ayudas informáticas, así como la revisión del proceso investigativo por parte del director del tema y el tutor metodológico.

Para la realización de las entrevistas individuales y grupales se dependió de la disponibilidad de tiempo de los participantes, por lo que algunas de ellas requirieron varias reprogramaciones en su horario, enlenteciendo el trabajo investigativo. En los dos grupos realizados, la participación de los entrevistados pudo verse afectada al saber que eran participantes de una investigación, y sus intervenciones eran registradas en formato de audio. De igual manera, por la estructura de los grupos, estos pudieron verse afectados por la intervención de un miembro con alta influencia social. Es así que con las respuestas de las entrevistas individuales buscamos contrastar esta posible influencia, consiguiendo la saturación de la información.

15. CONCLUSIONES

- Tanto a nivel local, como nacional, no existen estadísticas vitales quirúrgicas a diferencia de otros problemas de salud pública (por ejemplo, la mortalidad materno-infantil). Esto dificulta visualizar el problema y emprender acciones de mejoramiento en la atención médica quirúrgica.
- Con alrededor de 9 meses de funcionamiento, el Departamento de Docencia del Hospital Un Canto a la Vida se encuentra en proceso de pleno crecimiento, estructuración y desarrollo. Los convenios docentes que está formando, ayudarán con su fortalecimiento.
- Se carecen de programaciones docentes en las áreas de quirófano y cirugía general, así como en la enseñanza de medicina basada en evidencia para el personal médico de la institución.
- La interpretación del proceso de comunicación autoridades–personal varía de acuerdo al nivel jerárquico; pudiendo mejorarse con la retroalimentación adecuada.
- La propia estructura de la investigación cualitativa permitió superar las dificultades del proceso investigativo, con correcciones y adaptaciones sobre la marcha, sin entorpecer o retardar la investigación.
- Se pudo identificar informantes clave dentro de cada grupo de participantes. Estos correspondieron a los líderes de los servicios involucrados; así como varios actores sociales clave, con cuya participación se logró recabar valiosa información para este estudio.
- Se evidencian mayor número de barreras que facilitadores para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Esto puede entorpecer el proceso, y otras iniciativas de cambio en la prestación de servicios de salud en la institución.
- Se destacaron como las principales barreras: la carga laboral y horario de trabajo, la cultura y estructura de aprendizaje, la comunicación con las autoridades de la institución, el equipamiento en sala de operaciones, y las

actitudes hacia las nuevas recomendaciones. Esto con algunas diferencias entre los grupos entrevistados.

- La insatisfacción por la carga de trabajo y el horario laboral, fue percibida sobre todo entre los médicos residentes. Además, expresaron su malestar por la reacción de los médicos tratantes ante recomendaciones terapéuticas, mencionándose por parte de los médicos residentes la falta de actualización de los médicos tratantes.
- El personal de salud entrevistado espera mayor apoyo de las autoridades para la provisión de equipos e insumos para sala de operaciones. Así como mayor agilidad en las decisiones, respuestas oportunas y soluciones adecuadas a las problemáticas laborales que enfrentan.
- La estructura y comunicación dentro del Servicio de Cirugía General no es compartida por la totalidad de sus miembros, a pesar de contar con un número pequeño de médicos tratantes.
- El apoyo institucional, así como el deseo de aprendizaje y superación individual, son las principales fortalezas para estrategias de cambio dentro de la institución.
- La propia implementación de listas de verificación puede permitir mejorar las relaciones entre el personal de sala de operaciones, así como en la seguridad de la cirugía; tal como lo reporta la literatura de referencia.
- Con la presentación del resumen de esta investigación al programa de Cirugía Segura (una vez aprobado por las autoridades de la institución), se espera la retroalimentación respectiva para proseguir con el proceso de implementación, y en un futuro que el Hospital Un Canto a la Vida sirva como referente en la aplicación de la Lista de Verificación para otras casas de salud.

16. RECOMENDACIONES

Tratándose de unos de los primeros esfuerzos de cooperación para mejorar la calidad de atención, entre una institución de salud de segundo nivel de complejidad, y un médico familiar; es necesario continuar con el cambio de paradigma sobre la Atención Primaria en Salud. Podemos emprender el camino hacia una nueva concepción del papel del médico generalista–familiar de ser sólo el “gate keeper” (es decir, *guardián de la puerta de entrada*) al sistema de salud; para visualizarnos como un verdadero *nexo* entre los niveles de atención y los pacientes. Una “puerta” puede abrirse o cerrarse según las circunstancias, convirtiéndose a momentos en una barrera para la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios. Un *nexo* tiende lazos de manera bidireccional, se mantiene abierto casi la totalidad del tiempo, permitiendo sortear grandes barreras, volviendo más fluido el proceso de comunicación.

A nivel organizacional, deben mantenerse los esfuerzos e iniciativas institucionales para la mejoría constante en las prestaciones de salud. Debe continuarse con el fortalecimiento en las relaciones entre los niveles jerárquicos y operativos de la institución, para que los cambios sean vistos de forma “participativa” y no netamente “impositiva”. Las preocupaciones por la carga laboral, bajas remuneraciones, y problemas con las relaciones interpersonales, ameritan interés de las autoridades para solventarlas. Hay que tender mejores canales de comunicación para escuchar las necesidades insatisfechas del personal, buscando alternativas de solución a través de un proceso de negociación. Recordando que el funcionamiento de todo sistema vivo (en este caso, hablamos del sistema social formado por el personal de sala de operaciones) depende de la armonía entre cada una de sus partes, la visión holística de la Medicina Familiar provee herramientas para sortear estas dificultades, como puede ser la escucha empática.

Debe trabajarse en el fortalecimiento del Departamento de Docencia de la institución. Es menester que se involucre de manera proactiva con todos los servicios del hospital, para así generar mejores estrategias de capacitación, considerando las

barreras y facilitadores que este estudio ha identificado. De igual manera, debe volverse parte del proceso de implementación de esta estrategia, para proseguir con los siguientes estadíos y fases de implementación; para en su momento realizar las retroalimentaciones del caso. Es recomendable introducir estrategias para la enseñanza de destrezas en la búsqueda de artículos médicos, así como en medicina basada en evidencia. Para esta tarea, debe mejorarse el acceso a la información, ya que el hospital no dispone de biblioteca, y el número de computadores con internet es limitado.

Hay que adaptar los instrumentos estadísticos locales para el seguimiento de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, conforme a las recomendaciones del Programa de Cirugía Segura. De esta manera con los departamentos de estadística y epidemiología de la institución, podrán construirse las estadísticas vitales quirúrgicas que permitan continuar la implementación de la estrategia, y la cuantificación de su avance en el futuro.

Queda abierta la posibilidad para posteriores investigaciones en que se evalúen las siguientes etapas de implementación de la Estrategia de Cirugía Segura. De igual manera pueden estudiarse el impacto de la intervención con diseños cuantitativos (como un estudio cuasiexperimental de pre y pos-intervención), así como de otras variables de interés para la salud pública (como el costo-beneficio de la intervención). Además, como la lista de verificación fue validada solamente para pacientes hospitalizados, puede evaluarse el impacto de la misma en cirugías ambulatorias.

Apoyarse en las fortalezas individuales y grupales identificadas en este estudio, junto al interés demostrado por las autoridades de la institución para promover las mejoras en la atención de los pacientes; permitirá superar las barreras para la implementación de la estrategia. Igualmente, la coordinación entre los diferentes servicios del Hospital, con el Departamento de Docencia; permitirá estructurar programas de capacitación-actualización para el personal de salud de la institución, mejorando así la calidad de la atención de salud que se brinda a los usuarios.

17. ANEXOS

Anexo 1 GUÍA DE ENTREVISTA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Identificando barreras y facilitadores para la implementación de la Estrategia de Cirugía Segura OMS en el Hospital Un Canto a la Vida
(Investigación previa la obtención del título de especialista en Medicina Familiar)

Investigador: Dr. Giovanni Rojas. Residente de Tercer Año, Medicina Familiar PUCE.

Director de la Investigación: Dr. Fernando Estrada.

OBJETIVO:

La Organización Mundial de la Salud, en sus campañas de seguridad del paciente, identificó a las complicaciones asociadas a las cirugías como un problema de Salud Pública. La presente investigación es conducida por el Médico Giovanni Rojas Velasco, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador de Quito. Tiene como finalidad identificar las barreras y facilitadores en su departamento para la implementación de la Estrategia de Cirugía Segura, a través de la lista de verificación diseñada para tal efecto.


Su participación es voluntaria y anónima.

Preguntas Generadoras	Preguntas secundarias (para profundizar)
¿Cómo se siente en su lugar de trabajo?	<p>¿Como considera usted que se desempeña laboralmente?</p> <p>¿Como se siente con su horario de trabajo?</p> <p>¿Qué factores influyen positivamente en su desempeño laboral?</p>

	<p>¿Que factores influyen negativamente en su desempeño laboral?</p> <p>¿Qué recomendaciones realizaría usted para mejorar su desempeño laboral?</p> <p>¿Qué opina de la comunicación entre las autoridades (directivos) de la institución y los miembros de su servicio?</p>
¿Cuando se proponen capacitaciones, de dónde proviene la iniciativa?	<p>¿De qué manera se entera usted de las capacitaciones a realizarse en su servicio?</p> <p>¿Qué le motiva a asistir a estas reuniones?</p> <p>¿Qué factores le dificultan a usted el asistir a las reuniones de capacitación?</p>
Luego de graduarse de su último nivel de estudios cursado, ¿cómo actualiza el conocimiento relacionado a su actividad laboral?	<p>Puede describir razones para no actualizar su conocimiento desde su graduación</p> <p>Describa alguna fuente de información que usted maneje regularmente para actualizarse.</p>
En su servicio-departamento, ¿cuáles cree usted son los factores responsables de no aplicar nuevas estrategias y/o recomendaciones (guías de práctica clínica) para la atención de los pacientes?	<p>¿Qué recomendaría usted para lograr la aplicación de nuevas estrategias y/recomendaciones (guías de práctica clínica) en su servicio?</p>
Se ha planificado utilizar la Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS en los pacientes. Puede describir su percepción (cuál es su opinión) acerca de la futura aplicación de estas	<p>¿Que barreras y retos encuentra usted para la aplicación de estas recomendaciones?</p> <p>¿Qué factores e intervenciones cree usted son importantes para facilitar la</p>

recomendaciones.	implementación de estas recomendaciones en su práctica profesional?
¿Cuál es su opinión respecto a la organización en su servicio?	<p>¿Qué factores considera usted importantes para mejorar la organización en su servicio?</p> <p>¿Qué barreras encuentra para un adecuado funcionamiento en su servicio?</p>

Anexo 2 LISTA DE VERIFICACIÓN CIRUGÍA SEGURA

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía  Organización Mundial de la Salud Seguridad del Paciente <i>Una alianza mundial para una atención más segura</i>		
Antes de la inducción de la anestesia (Con el enfermero y el anestésista, como mínimo)	Antes de la incisión cutánea (Con el enfermero, el anestésista y el cirujano)	Antes de que el paciente salga del quirófano (Con el enfermero, el anestésista y el cirujano)
<div> <div>¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</div> <div> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> </div> <div> <div>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</div> <div> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> </div> <div> <div>¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?</div> <div> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> </div> <div> <div>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</div> <div> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> </div> <div> <div>¿Tiene el paciente...</div> <div> <div>... Alergias conocidas?</div> <div> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí </div> </div> <div> <div>... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?</div> <div> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible </div> </div> <div> <div>... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?</div> <div> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales </div> </div> </div>	<div> <div>Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</div> <div> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> </div> <div> <div>Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento</div> <div> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> </div> <div> <div>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</div> <div> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> </div> <div> <div>Previsión de eventos críticos</div> <div> <div>Cirujano:</div> <div> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista? </div> </div> <div> <div>Anestésista:</div> <div> <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? </div> </div> <div> <div>Equipo de enfermería:</div> <div> <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos? </div> </div> </div>	<div> <div>El enfermero confirma verbalmente:</div> <div> <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gases y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos </div> </div> <div> <div>Cirujano, anestésista y enfermero:</div> <div> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente? </div> </div>

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009

Anexo 3 ESTADÍSTICAS HOSPITAL UN CANTO A LA VIDA

Anexo 4 TRANSCRIPCIÓN DE AUDIOS DE ENTREVISTAS¹⁴

GRUPO DE DISCUSION 1: 15 PARTICIPANTES (Enfermeras, auxiliares y anestesiólogos)

FECHA: 2011-02-18

(Entrevistador) ¿Cómo se sienten en su lugar de trabajo?

R.- Bien...muy bien

(Entrevistador) ¿Como consideran la calidad del trabajo que desempeñan?

R.- Excelente.

R.- Buena (Expresado por varias personas, con leve tono de voz)

R.- Buena, pero aun no llegamos a la excelencia (con voz baja)

R.- Es buena, pero sí creo puede ser mejor

(Entrevistador) ¿Cómo se sienten con el horario de trabajo que tienen?

R.- Bien (Dicho por varias personas).

(Risas en tono bajo)

(Entrevistador) ¿Qué factores influyen positivamente para su desempeño laboral?

R.- Como dijo hace rato el doctor, por ejemplo de los insumos, que hay momentos en que uno puede estar pilas pero no hay, entonces es ahí donde se retrasan las cirugías y en ese momento no se sabe qué hacer, ahí nos están pidiendo ese rato, no encuentran (no se escuchan muy bien las palabras siguientes)...Y ahí nos toca estar pidiendo a la bodega o pidiendo a algún lado. Entonces pienso que ese también es el inconveniente.

(Entrevistador) Insisto en la pregunta de un factor positivo:

R.- Yo creo que una de las cosas positivas de esto, de la falta de insumos, es que uno ha aprendido a improvisar, y eso creo que es bueno, la creatividad de las personas ha crecido de forma importante, porque ha tratado de superar las deficiencias de alguna manera, no siempre es lo mejor, pero se ha conseguido salir del apuro.

(Entrevistador) ¿Encuentran algún factor negativo que influya en su actividad laboral?

R.- Las relaciones interpersonales influyen en el tipo de trabajo.

R.- La falta de personal.

R.- El factor económico (Lo mencionan tres personas, solicito aclaración)

R.- El sueldo (Dicho por varias personas)

R.- Dando una comparación entre lo que se gana aquí, lo que gana el ministerio de salud, la seguridad social o las entidades particulares, y si hacemos referencia a la obligatoriedad de la instrucción gubernamental en cuanto a remuneraciones, aquí no estamos ...estamos en un nivel muy bajo, muy bajo de remuneración, muy alto de exigencia.

¹⁴ El audio original se encuentra disponible para su revisión en el DVD adjunto a este trabajo.

(Entrevistador) ¿Qué recomendaciones realizarían para mejorar su trabajo en la sala de operaciones?

R.- Dotación, de los materiales, de los insumos, todo.

R.- Mejoría salarial, dotación de máquinas.

R.- Que sea cambiado el material que no vale, y que siguen poniendo ahí porque no hay más.

R.- No se realizan las reposiciones de forma oportuna.

(Entrevistador) ¿Qué opinan de la comunicación que existen entre las autoridades y ustedes?

R.- Bueno es muy abierta. La posibilidad de expresarse es muy abierta, pero uno va, expresa su necesidad, existe ya el departamento de quejas, pero no el de soluciones.

R.- Mucho estudio, que para un problema siempre es primero...

R.- No se resuelve.

R.- No se resuelven efectivamente y rápidamente los problemas.

(Entrevistador) ¿Después que terminaron sus estudios, como actualiza el conocimiento para realizar su actividad laboral?

R.- Internet (Varias personas)

R.- Por nosotros mismos, no porque la institución nos ayuda, porque cuando hay cursos y uno se pide a la institución dicen ustedes mismos vean quien les reemplaza, ustedes mismos vean quien les cubra para que vayan a ir al curso, de lo contrario no hay como, y nosotras mismo nos tenemos que financiar.

(Entrevistador) ¿Pueden describir una razón adicional para no actualizarse?

R.- Económica (Varias personas en voz baja)

R.- Tiempo.

R.- Tiempo y dinero (Varias personas)

(Entrevistador) ¿Pueden mencionar una fuente de información de donde ustedes se actualizan de forma regular?

R.- Internet (Varias personas, pido aclaración respecto a cómo acceden a esta fuente)

R.- Personal

R.- Personal, porque aquí no se recibe

R.- Personal (Varias personas)

(Entrevistador) ¿Cuáles creen son las razones para que no se aplique nuevas recomendaciones para la atención de los pacientes?

Silencio....

R.- Bueno, se ha tratado de implementar nuevas formas de atención, a través de la utilización de otro tipo de terapias, por ejemplo..., le doy un ejemplo, el frío posoperatorio, la hipotermia posoperatoria es un factor muy importante que incide en la evolución de los pacientes, que de acuerdo a la... conocimiento científico, la hipotermia en los pacientes tiene una implicación muy importantísima, casi directa en lo que tiene que ver con la... el incremento en las infecciones posoperatorias, la estadía prolongada, un montón de cosas, entonces se ha tratado de conseguir un implemento para tratar de controlar el problema, pero desde el 2007 que yo me

acuerdo hemos venido pidiendo, hasta ahora, no se ha logrado, las mantas térmicas, que es un implemento muy simple, de bajo costo, muy aplicable, pero sobretodo muy beneficioso, pero absolutamente, como lo digo con este ejemplo, se han visto las trabas, las prolongaciones y la faltas de decisión y no es porque sea problema económico, pero el costo que implica es muy bajo mas o menos el estudio que se hacía hace tres-cuatro años, implicaba al paciente un costo de 3 a 4 dólares, versus las consecuencias que trae el no aplicarlo, es realmente un costo súper bajo, pero lo que yo creo que falta es decisión política.

(Entrevistador) ¿Pueden mencionar estrategias para aplicar estas nuevas recomendaciones?

R.- Que deberían priorizar las necesidades que se tienen, por ejemplo, tuvieron plata para colocar cámaras para controlar al personal y no para comprar las cobijas térmicas que necesitamos, que me parece es prioritario. Lo que si deben es priorizar los gastos y ver las necesidades que se tiene el quirófano.

R.- Deben verse las necesidades. En central de esterilización ahorita por ejemplo estamos sin cortadora de gasas, y están esperando que se traigan las cotizaciones que se cumpla el trámite normal, sin tener en cuenta el retraso en el trabajo en la central, igual es el mantenimiento y la reposición de los equipos de la central, que igual siguen esperando la cotización, pero mientras tanto se siguen deteriorando y no se da el mantenimiento adecuado.

R.- Como yo siempre digo, yo pienso que un lema en anestesia es la seguridad, no esperar que las cosas lleguen para ese rato buscar que hacer, hay cosas que se pueden prevenir y anticipar, y uno debe garantizar que se esté equipado para no llegar a la consecuencia, esto del material por ejemplo, el equipo de laparoscopia para poner un ejemplo, son pinzas que deben tener un manejo cuidadoso, muy delicado por sus propias características, y deben tener un tratamiento también preventivo adecuado, permanente, entonces el lavado, el secado, la lubricada, yo que se tantas cosas, son cosas que se deben hacer siempre, pero cuando se tienen los recursos. Acá sabemos que lo tenemos que hacer, sabemos cómo hacerlo, pero no tenemos con qué y porque no tenemos con qué, nuevamente, porque falta decisión administrativa. Yo creo que eso implica un gasto, cierto es, pero que cuesta más, prevenir o tratar, eso va a costar menos.

R.- Prevenir (Algunas personas en voz baja)

(Entrevistador) Ahora que se ha planificado adoptar la lista de verificación de seguridad en los pacientes, ¿Qué opinan al respecto?

R.- Yo creo que de cierta manera lo hacemos, no tal vez con el orden...pero se han establecido ciertos procesos en los que se hace la verificación.

R.- Silencio del resto del público.

(Entrevistador) ¿Qué barreras y retos encuentran para aplicar esta estrategia?

R.- Ninguna (Pocas personas)

Silencio...

(Entrevistador) ¿Hay algún factor que sea importante para facilitar la implementación de estas recomendaciones?

R.- Que todo el personal, especialmente los directivos, y cirujano en jefe que sería en este caso, que sería directamente quien permitiría que este proceso vaya fluyendo.

R.- Silencio los demás.

(Entrevistador) ¿Qué opinan respecto a la organización de sala de operaciones y cirugía?

Silencio...

Risas...

R.- Que los médicos, los cirujanos, permitan que la organización del tiempo se cumpla, porque, póngase se hace una cirugía a las 10, que para las 10, no que el cirujano viene apurado diga no hagamos más pronto, o apúrate, entonces, también es un riesgo para que se complique la cirugía.

R.- Otra de las cosas respecto al tiempo es también importante el tiempo que se debe esperar entre cirugía y cirugía.

R.- Exacto...

R.- Eso también es una norma de seguridad, ese tiempo permite no solamente el descanso, porque también tiene que descansar el personal, sino también que se limpie que se desinfeste y se prepare la sala para la próxima cirugía. Yo creo que en esto debe insistirse, porque si hay ciertas ocasiones, ciertos médicos que son muy apurados, y el apuro no significa seguridad.

(Entrevistador) ¿Qué factores son importantes para mejorar estas condiciones en el servicio?

R.- Yo creo que insistir en esto, porque la gente ya lo conoce, ya se ha hablado del tema muchas veces, pero...ahora con menos frecuencia tal vez, pero si se sigue hablando.

R.- Y otra cosa también que es algo que me ha puesto en contra de mucha gente, pero es comunicar las cirugías en forma oportuna, sobre todo las emergencias. Hay cirugías que se programan de acuerdo a “mi conveniencia”, no a la conveniencia o necesidad del paciente. “yo le opero cuando dispongo de tiempo” y no debe ser así, eso también debe cambiar.

(Entrevistador) ¿Qué barreras encuentra entre los miembros del servicio para que se realice un adecuado desempeño laboral?

Silencio....

R.- Creo que de todo el personal existe la predisposición para que se cumpla el programa.

R.- La barrera que nosotros tenemos es cuando no tenemos disponibilidad de ropa quirúrgica en ropería... se nos acaba la ropa y tenemos que realizar reposición inmediatamente para armar los paquetes. Esa es la barrera para mí.

R.- No siempre...

R.- O igual, a veces no tenemos personal para alistar el otro quirófano.

(Entrevistador) ¿Cuándo se proponen capacitaciones, de donde viene la iniciativa?

R.- Del grupo?

Silencio.

(Entrevistador) ¿Cómo se enteran que se van a realizar estas capacitaciones?

R.- Son capacitaciones internas las que tenemos.

R.- Por nosotros mismos (En baja voz)

R.- Aquí existe el departamento de docencia, pero realmente para lo que es la preparación, la capacitación de quirófano, no ha participado directamente. No sé cuál sea la razón, tal vez falta la iniciativa desde allá o falta la iniciativa desde acá, pero prácticamente la capacitación que se hace es por motivación y programación del propio grupo. El propio grupo consigue el tema, consigue el expositor, y en otras ocasiones hasta el sitio. Ahora por lo menos ya tenemos un espacio donde se puede... otra cosa que hay que pelear es contra el tiempo. Se supone que quirófano ya tiene autorizado un espacio de tiempo para estas capacitaciones, pero eso el hospital tampoco lo entiende.

(Entrevistador) ¿Qué les motiva a asistir a las reuniones de capacitación?

Risas...

R.- Aprender.

Risas.

R.- Hay algo nuevo que se aprende.

R.- Justamente al no tener el internet, pero a través de un compañero u otra persona que trae de afuera otras cosas, que se hacen de esta manera... y uno va captando, va adaptando ese conocimiento. En algunos otros hospitales de lo que yo leía, hay unas fundas donde se van poniendo las cosas o el cirujano mismo ya tiene previsto lo que va a utilizar... nosotros no cambiamos tan fácilmente ehh, solo cuando pasa algo, cuando sucede algo grave.... mientras no pase nada, todo marcha igual. Hay que recordar también que debe haber una persona que esté ahí. Hay tiempo para todo, tiempo para esperar, tiempo.... no sé cuánto tiempo hayan calculado que se demora todo esto (se refiere al llenado de la lista de verificación, señalando el material proporcionado). Son importantes todas estas cosas, la conferencia (no se registra bien el final del comentario).

(Entrevistador) ¿Qué factores les dificultan asistir a las reuniones de capacitación?

R.- Tiempo.

R.- Tiempo.

R.- El tiempo. Toca asistir a una capacitación ahora en la mañana, y yo estoy de turno en la mañana, y que pasa, vienen los médicos y cirujanos, que uno que se salga de la capacitación a instrumentar en la cirugía, entonces nos quedamos sin la capacitación.

R.- Otra, que la capacitación es en la mañana y toca el turno de la tarde. Eso si nos dificulta.

El grupo se mantiene en silencio. Damos por terminada la conversación.

GRUPO DE DISCUSIÓN 2: MÉDICOS RESIDENTES (7 PARTICIPANTES)

FECHA: 2011-02-21

(Entrevistador) ¿Cómo se sienten en el lugar de trabajo?

Risas...

R.- Depende del personal del trabajo.

(Entrevistador) Podríamos especificar esto es en quirófano, ¿Cómo se sienten en cirugía y sala de operaciones?

R.- Hay alguna escala o grupo de opciones.

R.- Aja?

R.- No?

R.- El trabajo es muy forzado hasta que llego un médico que nos está ayudando en las tardes al inicio cuando nosotros trabajábamos hacíamos de medico asistencial en el piso y en quirófano ehh bueno las cirugías hay días que son todo el día y salíamos en la noche entonces es muy forzado el trabajo del quirófano.

R.- Es extenuante; esa es la palabra. Antes, ahora ha cambiado un poco.

R.- El trato de algunos de los médicos no es el adecuado...;

R.- No es el adecuado...; (Varias personas)

R.- Emiten comentarios que están fuera de lugar con respecto al paciente incluso.

(Entrevistador) ¿Cómo se sienten con el horario de trabajo?

R.- Mmmmm... Creo que ha mejorado.

R.- (Todos) Ha mejorado.

R.- Desde que llego el nuevo de apoyo al servicio de cirugía porque el supuestamente debe entrar a quirófano desde ahí ha mejorado un poco porque nosotros en el piso estamos encargados los que estamos en el área quirúrgica estamos encargados de la hospi y de las cirugías y tenemos ya un poco más de tiempo para pasar en el piso como hasta las 4 de la tarde que es el trabajo.... Pero desde las 4 de la tarde en adelante depende de las cirugías que haya porque por ejemplo a veces hay 4 o 5 o te pasas toda la madrugada en el quirófano aparte de los pacientes que quedan en piso.

R.- El trabajo en quirófano creo que no es mucho porque hay pocas cirugías entonces yo creo que si todo el personal de trabajo que está ahí es tranquilo...

R.- Depende de la carga horaria.

R.- Hay días que igual son como dices pocas las cirugías, pero hay otros días en que en verdad desde las 10 de la mañana y poco más se quedan hasta el siguiente día.

R.- Yo pienso que los médicos residentes somos los que más sufrimos la, la, la salimos cansados porque depende del día las licenciadas y las auxiliares tienen turnos rotativos en cambio nosotros hacemos 24 horas y lo hacemos la noche y la madrugada así mismo los médicos anestesiólogos hay uno en la mañana y a partir de las cinco hay otra persona, entonces no tienen la misma carga horaria que nosotros.

(Entrevistador) ¿Y cómo consideran que es la calidad del trabajo que realizan?

R.- (Varias personas) Nosotros buena.

(Entrevistador) Ustedes...

R.- Es buena.

(Entrevistador) ¿Y qué factores influyen de manera positiva para que ustedes se desempeñan en su trabajo?

R.- Autosuperación porque de ahí...

Silencio

(Entrevistador) ¿Qué factores pueden encontrar que les motiven para desempeñar su trabajo?

R.- Dependiendo.

R.- Superación...

R.- Puede ser autosuperación e incluso el área académica porque nosotros que estamos en cirugía entramos a las cirugías ginecológicas entonces estamos en gineco entonces es medio interesante ver el caso y después entrar a la cirugía y luego ver qué pasa con la paciente... entonces por el área académica por el seguimiento del paciente por seguimiento del caso.

R.- Es por la buena, por la general buena evolución de los pacientes por eso también.

(Entrevistador) ¿Qué factores influyen de manera negativa para desempeñar su trabajo?

Risas.

R.- Cansancio.

R.- El cansancio.

R.- Cuando nos vamos a la casa...

R.- La carga horaria.

R.- Estamos agotados.

R.- La carga horaria, el cansancio y la actitud de algunos tratantes, de algunos

R.- Del personal,

R.- Del personal porque incluso..... Ujum... de algunos.

R.- Del personal que este de turno, de ciertos no.

(Entrevistador) ¿Y qué recomendaciones harían para mejorar el trabajo en el servicio de cirugía?

Silencio.

R.- Creo que trabajar de manera conjunta todos, todos de fin en general porque a veces no se sabe muy bien en que condición llegan los pacientes y después vienen las repercusiones.

R.- Una recomendación que sería buenísima sería equilibrar la cantidad de cirugías por día en el aspecto de complejidad y numero porque los días lunes encontramos 3 próstatas, 4 histerectomías, es una exageración, pero son cirugías de más complejidad, mientras en el día viernes hay programación oftalmológica u odontológica.

(Entrevistador) ¿Y qué opinan de la comunicación que existe entre las autoridades de la institución y ustedes?

R.- Es bien débil, la comunicación es bien débil.

R.- A veces se convierte en chisme la conversación, no hay, no hay un tipo de comunicación de medico a medico sino más bien un tipo de chisme.

R.- No se da la apertura necesaria.

R.- Y si hay un comentario negativo constructivo siempre hay el tono punitivo por parte de la autoridad.

(Entrevistador) ¿Y desde que se graduaron de la universidad como actualizan su conocimiento para desempeñar su trabajo?

R.- A través del postgrado.

R.- Es la única forma porque no hay más.

R.- (Varias personas) Sí.

(Entrevistador) ¿Y pueden describir alguna razón para que esta sea la única fuente de actualización que pasa en el sitio de trabajo?

R.- En el trabajo, no hay interés.

R.- No hay interés, no hay docencia.

R.- No hay quien nos guíe no tenemos una guía clara que nos diga....

R.- Nos hacen cumplir el trabajo.

R.- Es autoformación.

R.- Es el interés que cada uno tiene.

R.- El principal interés es la atención al paciente mas no la parte docente, ni la actualización.

R.- Y cumplir trámites burocráticos.

(Entrevistador) ¿Pueden describir la fuente de información que usan para actualizarse? Internet, alguna revista médica.

R.- Internet (Respuesta general)

R.- Porque carecemos de biblioteca.

(Entrevistador) ¿Carecen de biblioteca, y como tienen acceso a internet?

R.- Individual (Respuesta general)

R.- No tenemos internet en el hospital.

R.- Individual y en el hospital.

(Entrevistador) ¿Y cómo es el acceso a internet en el hospital? (y el acceso a internet es fácil)

R.- Normal.

R.- Si es fácil, pero no es

R.- No hay los equipos suficientes.

R.- Es fácil pero no es eficiente.

(Entrevistador) ¿Y en el departamento de cirugía y sala de operaciones pueden encontrar factores responsables para que no se apliquen nuevas recomendaciones como esta o nuevas guías de práctica clínica?

R.- La falta...

R.- Actualización.

R.- Exacto, la falta de actualización de los médicos tratantes.

(Entrevistador) Alguna otra...

R.- No toman, eh no toman a bien las sugerencias que a veces uno, uno hace o uno les dice.

R.- O implementan protocolos que no hay

R.- No hay protocolización.

R.- Y no hay capacitación continua del personal de enfermería o de auxiliares, no hay capacitación.

(Entrevistador) ¿Y pueden sugerir alguna estrategia para que se puedan aplicar nuevas guías de práctica clínica?

R.- Capacitación continua.

R.- Los protocolos (Otros).

R.- Que hayan protocolos en la emergencia.

R.- Y no solamente en quirófano sino en toda la institución porque cada uno trata de manera diferente, cada médico tiene su protocolo o...

R.- El interés de los médicos tratantes de hacer investigación también.

(Entrevistador) ¿Y ahora que hemos planificado utilizar esta lista de cirugía segura en la institución qué opinan de que vayamos a hacerlo?

R.- Como????

(Entrevistador) ¿Qué opinan de que se vaya a implementar esta estrategia?

R.- Yo opino que está muy bien.

R.- Yo creo que está muy bien para estandarizar las normas que uno debe tener en el quirófano.

R.- Primero se deben dar todas las facilidades y seguridades para que se implemente esa estrategia.

R.- Creo que si funcionaria siempre y cuando el personal lo acepte y lo cumpla a cabalidad porque de nada serviría hacer el proyecto sin que el personal no se capacite y no esté de acuerdo porque tendríamos un tropiezo y tampoco la seguridad de que se cumpla.

(Entrevistador) ¿Y con esto qué otras barreras o retos pueden encontrar para aplicar esta estrategia?

Silencio....

R.- La falta de interés por parte, de todo el equipo no solamente nosotros, porque si no hay motivación desde los mismo tratantes hasta del personal de limpieza no, no va a tomar en serio.

(Entrevistador) ¿Y con esto qué factores podrían motivar o facilitar la implementación de estas recomendaciones?

R.- Intenciones claras y los fines claros de porque están aplicando estas guías.

(Entrevistador) ¿Alguna otra?

R.- No.

(Entrevistador) ¿Qué opinan de la organización de quirófano y cirugía general?

Silencio....

R.- Creo que ha mejorado mucho en los últimos días porque según lo que tengo entendido hay ya un día específico para cada especialidad y tienen su día quirúrgico

traumato, gineco, cirugía pero bueno cirugía opera casi todos los días, pero me parece que últimamente está mejor organizado, en cuanto al piso la hospitalización creo que falta mucho protocolizar los esquemas postquirúrgicos, cada uno cada tratante tiene su método diferente de, de, de tratar al paciente. pre y postquirúrgico.

R.- Y a veces sin fundamento científico porque solamente a veces se basan en que mi experiencia de años.

(Entrevistador) ¿Y qué factores son importantes para mejorar el desempeño en el servicio de cirugía general?

Silencio...

R.- Actualización como dijimos de cada uno de los tratantes y posibilidad para las críticas constructivas que se les hace.

R.- Factor económico también pienso yo, en el caso de que se trataría de hacer algo por ejemplo de investigación.

R.- Si las guías prácticas demuestran que ahorra, ahorran gastos a la institución se van a implementar de mejor manera y más con intensidad más fuerte.

(Entrevistador) Y encuentran alguna otra barrera que impida o dificulte el desempeño laboral en cirugía general.

R.- ¿Como residentes?

(Entrevistador) Su visión

Eso no aplicar protocolos sugeridos.

(Entrevistador) ¿Cuándo hay capacitaciones de donde viene la iniciativa?

R.- Del residente.

(Entrevistador) En el área quirúrgica.

R.- Muy pocas capacitaciones generales, lo que hemos hecho es por el postgrado hemos tratado de mejorar el área académica pero individual.

(Entrevistador) ¿Y cuando hay capacitaciones como se enteran?

R.- Generalmente se comunican o nos mandan memos.

(Entrevistador) ¿Y qué les motiva a asistir a las capacitaciones?

R.- Mmmmm...

R.- Nos motivan...

Risas....

R.- eh... Nos obligan...

Risas....

R.- A ir muy pocas

R.- En realidad a habido muy pocas

R.- La verdad no hemos ido

R.- Pero osea la capacitación porque ya estamos por autosuperación de nosotros mismos para aprender más.

R.- El interés de aprender

R.- En realidad las capacitaciones las pocas capacitaciones que hay son algo como que más, más....más no....

R.- Como médicas, no hemos tenido

R.- No médicas, sino que para enfermeras.

R.- Aja eso ha habido más que, para nosotros muy pocas.

(Entrevistador) ¿Qué les dificulta asistir a esas capacitaciones?

R.- Trabajo.

R.- El trabajo.

R.- Porque hay que estar en otros sitios que no sea quirófano.

(Entrevistador) ¿Algún comentario adicional?

Silencio....

R.- Yo creo que , yo no estoy tan de acuerdo en el trato como dijimos de algunos médicos tratantes entonces si bien nosotros estamos en medio de formación creo que debería haber un respeto de parte y parte, se oyen comentarios que no son tan buenos, tan positivos, muchas veces se trata al médico residente como el mandadero de todos o que tiene que estar a la hora porque...sin tomar en cuenta las otras cosas que debe hacer, entonces creo que se debería respetar mucho mas el trabajo del médico residente y, la disposición que tiene, porque a veces tiene muchos pacientes, no tiene tiempo de entrar al quirófano en la hora que dicen y...eso, y mejorar todavía en mas en...

R.- En la parte de cirugía también mejorar en el momento de las llamadas, muchas de las veces son a la madrugada, y hay algunos tratantes que contestan de mala forma, a pesar de que solamente es para...que es una obligación de ellos por el paciente y por el lugar de trabajo.

R.- Una recomendación también será ehh, lo que tiene que ver con los costos, porque hay a veces pacientes que son de cirugías del día que a veces vienen atrasados y retardan la hora, no sé si esto tiene que ver por parte de anestesia de decir a una hora determinada y no venir mas tarde. Eso también nos ha dificultado, se han hecho más tarde las cirugías.

ENTREVISTA INDIVIDUAL: MEDICO RESIDENTE.

FECHA: 2011-02-14

(Entrevistador) Entonces... ¿Cómo te sientes en el lugar de trabajo?

R.- Bueno al momento el lugar del trabajo es un poco estresante, es mucha carga de sobre todo lo que es papeleo documentación de lo que uno lleva registro historia clínicas, epicrisis falta personal médico para que ayude a someter ese déficit que tenemos.

(Entrevistador) ¿Y en tu trabajo cómo sientes, cómo te sientes con la calidad del trabajo que haces?

R.- La calidad del trabajo si le ponemos de 1 al 10 yo le pondría un 6 porque es un trabajo apresurado y solamente por cumplir papeleos sin tener objetivo claro con el paciente no se está identificando problemas que se deben identificar en la historia clínica, osea simplemente si llega para cirugía la historia de cirugía mientras hay problemas que se quedan ocultos.

(Entrevistador) ¿Y cómo te sientes con tu horario de trabajo?

R.- Esta sobresaturado bueno ah.... Al momento ya se pudo normatizar eso pero al inicio hacíamos turnos cada tercero cambiamos a cada cuarto día no estábamos todavía con un estándar de horarios de trabajo a la semana 300 horas 350 horas de trabajo influyen bastante en la calidad de servicio que se ofrece.

(Entrevistador) ¿Y qué factores crees que influyen de manera positiva para desempeñar tu trabajo?

R.- Primero colaboración con enfermería, coordinar los trabajos con enfermería, eh... Los pacientes al ingreso tener un horario fijo de ingreso porque ingresan en la noche ingresan en la mañana y no se cumplen ciertos protocolos que debería por ejemplo el mismo hecho de la historia clínica revisar que tengan exámenes, llegan a una hora antes de la cirugía entonces estandarizar primero ingreso de pacientes el tipo de cirugía, si es una cirugía ambulatoria creo que no hay problema pero si es una cirugía que va a necesitar hospitalización es prioritario que ingresen el día anterior.

(Entrevistador) ¿Y puedes notar factores que influyan negativamente en tu trabajo?

R.- Bueno al momento estoy sesgado si te diría una respuesta así no, no identificaría así sesadamente sería sesgarme en la respuesta.

(Entrevistador interviene) Tu opinión...

R.- Bueno primero eh... como postgradista en mi lugar donde estoy desenvolviéndome a hecho que mi trabajo se me sobrecargue porque al compañero que es como asistencial como no lo ven todos los días no le prestan atención entonces todo se sobrecarga con los médicos postgradistas en general y cuando estamos y algo falla durante todo el protocolo de la recepción del paciente se nos llama a nosotros y mientras que son los compañeros los que no han hecho la secuencia del protocolo.

(Entrevistador) Yaaa.... ¿Y harías alguna recomendación puntal para mejorar tu trabajo?

R.- Primero tener establecido el horario que ingresa el paciente, tiempo que ingresa el paciente determinar qué tipo de cirugía y eh... tener todos los exámenes y los chequeos, chequeos hospitalarios pre-quirúrgicos establecidos porque a veces llegan los pacientes sin tener exámenes entonces nos sabemos y se repiten exámenes innecesariamente.

(Entrevistador) ¿Y qué opinas de la comunicación que hay entre las autoridades de tu hospital y los integrantes del departamento al que tú correspondes?

R.- Bueno la manera vertical como se está manejando no funciona se mandan escritos que uno los lee y los papeles inclusive prácticamente van a la basura, no hay un diálogo participativo bidireccional que pueda alimentar el desenvolvimiento y mejorar la calidad de atención a los pacientes deberían hacerse sesiones mensuales quincenales no se debería eso determinar el jefe de esa área no, de cirugía.

(Entrevistador) ¿Y después que te graduaste después del último nivel de estudios de manera formal cómo actualizas actualmente el conocimiento que tienes en tu trabajo?

R.- Okey. Bueno en la parte de mi trabajo o... postgradista o solamente en la parte quirúrgica.

(Entrevistador interviene) como médico en general?

R.- Bueno gracias al apoyo del colegio médico he tenido la oportunidad de hacer algunos cursos de actualización, se hizo una especie de plan piloto de certificación en la que se pudo participar del curso entonces algo se tiene de conocimiento sobre ciertas especialidades y... básicamente es sólo mediante cursos.

(Entrevistador) Yaa.... ¿Puedes dar alguna razón para no actualizar tus conocimientos desde que te graduaste?

R.- No. No porque... tendré dos tres años de lo que nos hemos graduado y han cambiado muchas cosas entonces me asusta el no actualizarme.

(Entrevistador) Ya... ¿Puedes describir alguna fuente de información que uses de manera regular para actualizarte?

R.- PUBMED la CDC el.... bueno no tanto la OMS no... y Cochrane.

(Entrevistador) mmm.... ¿Dentro de tu departamento cuáles crees que son los factores responsables de que no se apliquen nuevas estrategias o recomendaciones según evidencia para la atención de los pacientes?

R.- El que no se haya estandarizado o protocolizado el... los tratamientos porque cada médico en particular tiene su forma de ver y manejar sus pacientes entonces cuando uno trata de aplicar lo que está al acorde al avance de la ciencia eeh... no se puede. El tratar es muy difícil.

(Entrevistador) ¿Puedes sugerir alguna estrategia para lograr aplicar nuevas guías de práctica clínica en tu servicio?

R.- Revisión de.... El club de revistas que se estaba planteando alguna vez un club de revista en que llevamos artículos hacíamos una sesión con artículos de evidencia científica de temas en particular que se hayan suscitado durante la semana pero con los tratantes para que de ahí armar un protocolo de manejo.

(Entrevistador) Hemos planificado utilizar la lista de verificación de cirugía segura en los pacientes del hospital eh ¿Qué opinas acerca de adoptar esta recomendación en el servicio?

R.- Bueno, primera vez que escucho algo así, así que me parece novedoso, importante y que (silencio) eeh... bueno es muy importante porque en nuestro caso hemos tenido complicaciones de pacientes que a veces entran para una cirugía una colelap y se termina haciendo otro tipo de cirugía específicamente en el hospital no pero hemos visto en nuestra práctica diaria que suelen suceder esas cosas entonces hay que evitarlas, hay que evitar riesgos el mismo hecho de que hay pacientes con comorbilidades que a veces se pasan por alto y no se pueden determinar durante el mismo hecho de realización de una historia clínica si nos podemos guiar mediante un test sería excelente.

(Entrevistador) ¿Qué barreras y retos encuentras para aplicar estas recomendaciones de la cirugía segura?

R.- Bueno las barreras principalmente es el papeleo cuando uno trata de implementar un formulario todo mundo dice más papel a la historia clínica y la barrera principalmente es quien se va a hacer cargo y quien va a ser el encargado de que se verifique que se llene el papeleo porque enfermería es una barrera muy grande ellas tienen sobresaturado su trabajo y la parte de los médicos residentes por su postgrado también tienen un poco saturado entonces veo que esa es una barrera fundamental que va a primar en la implementación de la hoja.

(Entrevistador) ¿Qué factores e intervenciones crees que son importantes para facilitar la implementación de estas recomendaciones en la práctica profesional del servicio?

R.- Bueno no podría dar una opinión en general porque realmente es primera vez

(Entrevistador interviene) tu opinión.

R.- Bueno, que bueno, debería implementarse a nivel nacional esto porque muchos errores no solamente en hospitales públicos o particulares sino que yo creo que a nivel de todo país se cometen errores de este tipo, de que no hay instrumental necesario que se va a hacer una histerectomía y se abre un paquete para cirugía de otro tipo entonces desde ahí partimos, entonces le veo bueno y eso evita gastar recursos el mismo hecho de abrir un paquete abdominal ya evita que ese paquete se lo abra y se abra el correcto de que se utilicen el equipo necesario, a veces no hay segundo o tercer ayudante a una cirugía y los están solicitando a última hora entonces si tenemos protocolizado y con esta hoja estandarizamos que hay que hacer se va a evitar muchas complicaciones en el desarrollo de las mismas.

(Entrevistador) ¿Qué opinas al respecto de la organización del servicio de cirugía general y quirófano?

R.- Bueno como toda entidad privada se ve solamente la parte material la parte económica, no se ha establecido un seguimiento de pacientes no se le hace desde que entra, no se hace una lista de verificación entonces en este punto tratar de implementar trataría de normatizarle porque nuestro servicio ha funcionado prácticamente como un niño recién nacido que está recién tratando de establecer reglas de que no sabemos como normatizar, de que operamos por operar, de que cirugías de tal cosas o tal paciente entonces necesitamos tener reglas claras específicas para determinar que equipos necesitamos que instrumental se necesita e inclusive los insumos que va a gastar el hospital y programar cirugías.

(Entrevistador) ¿Qué factores consideras importantes para mejorar el desempeño en el servicio?

Silencio...

R.- Bueno....

Silencio

R.- Factores importantes primero el instrumental necesario hemos hecho algunas cirugías que se utilizan instrumentales que no se deberían abrir el mismo hecho de hacer una apéndice con un instrumental de histerectomía entonces eso un poco fuera de foco entonces eh.. Churos es camisa de once varas donde me estoy metiendo pero hay que decir las cosas como son entonces deberíamos tener primero un listado de que instrumental tenemos y para qué tipo de cirugías y si es que nuestro instrumental está acorde a lo que el médico tratante está necesitando porque hay ocasiones en que las pinzas se tuestan ehh no hay el instrumental necesario que hay que buscar de otros paquetes abdominales entonces los factores que influyen aquí es que falta un listado de instrumental, no tenemos establecido claramente que insumos médicos necesitamos para que cirugías y cuando se nos va a acabar el mismo hecho de oxígeno, o de dar mantenimiento a las máquinas de laparoscopia entonces creo que eso es en la parte instrumental en la parte ya médica creo que siempre estamos cambiando de personal de enfermería estamos nuevamente tratando de entrenar a personal que no está capacitado entonces eso influye muchísimo en el desenvolvimiento de una cirugía el mismo médico residente que está ahora desenvolviéndose a veces no es apto no le gusta y una persona que no le gusta la cirugía que le meten obligadamente a hacer no se va a sentir acorde y va a ser un tropiezo para el desarrollo de la misma.

(Entrevistador) ¿Qué barreras encuentras dentro de los miembros del servicio para un adecuado desempeño laboral?

R.- Falta de predisposición tanto por parte médica como de enfermería, en la parte médica el mismo hecho de no orientar al paciente el médico tratante de decirle que tiene que estar a tales horas y la parte también de estadística que entregue las historias clínicas a tiempo y que se hagan los exámenes que estén pegados en la historia porque a veces le hacen los exámenes y uno no sabe si le hicieron o no y repite y entonces es un gasto para el paciente entonces ahorraríamos al paciente costos. En la parte de enfermería no tenemos esa predisposición para ayudar ha habido ocasiones que se presentan cirugías realmente de emergencias eeh.... No

prestan.... Lamentablemente toca decir así no se da la facilidad de ocupar los quirófanos porque el médico tratante va a hacer la cirugía programada y desplazan a la emergencia inclusive a tocado transferirles a algunos pacientes para, para evitar complicaciones porque se los sostiene se los sostiene entonces también deberíamos también dar flexibilidad a ciertos tipos de cirugías tenemos las programadas y un quirófano solo exclusivo para emergencias.

(Entrevistador) ¿Cuando se proponen capacitaciones en el servicio de dónde proviene la iniciativa?

R.- Bueno eso sí que hay que reconocerlo las cabezas el coordinador que está a cargo es el que siempre está tratando de dar conocimientos actuales coordinar charlas, talleres tanto ha sido por parte de anestesiología que maneja su servicio o por la parte de cirugía en cirugía no tanto pero más ha sido la parte de anestesiología que se ha interesado en tratar de actualizar en este tipo.

(Entrevistador) ¿De qué manera se entera de las capacitaciones que se van a realizar en el servicio?

R.- Mediante comunicados escritos entregados personalmente.

(Entrevistador) ¿Qué le motiva a asistir a esas reuniones?

R.- Bueno personalmente el tratar de adquirir un poco más conocimientos porque si me gusta la parte quirúrgica pero en general las reuniones prácticamente son desiertas no se asiste puntualmente hay poca gente que le interesa capacitarse y bueno esa es la parte médica ahora si vemos la parte de las compañeras que son auxiliares de enfermería que también tienen que estar ahí no les gusta capacitarse porque dicen que pierden tiempo es pérdida para ellas eso les representa dinero entonces no hay esa predisposición para querer autosuperarse.

(Entrevistador) ¿Qué factores le dificultan asistir a las reuniones de capacitación?

R.- Primero las distancia, está muy lejos el hospital desde mi lugar donde yo estoy eh... creo que eso es lo que prima porque el hospital se ha construido en un lugar bastante distante a la ciudad y para la mayoría o para todos los que trabajamos es bastante distante entonces esa es la principal dificultad que se presenta.

(Entrevistador) Muchas gracias por su participación.

ENTREVISTA INDIVIDUAL EN CENTRO QUIRÚRGICO PERSONAL DE ENFERMERÍA.

FECHA: 2011-03-03

(Entrevistador) ¿Cómo se siente en lugar de trabajo?

R.- Un poco intranquila porque principalmente no tenemos protocolos establecidos lo que no nos permite resolver muy bien eh por ejemplo cirugías urgentes o emergentes eh tenemos que suspender cirugías planificadas pero no existe la colaboración del médico que esta en la cirugía programada para ingresar a la cirugía urgente entonces ahí tenemos problemas y se producen roces con los médicos porque tenemos primero que estar solicitando autorización para, para poder ingresar a este tipo de paciente.

(Entrevistador) ¿Cómo considera usted que se desempeña laboralmente?

R.- Dentro de los que nosotros tenemos establecido creo que bien pero como le conté incluso hay inconvenientes que ponen trabas en lo que uno se puede hacer.

(Entrevistador) ¿Cómo se siente con su horario de trabajo?

R.- El horario de trabajo es un punto muy muy muy que le diré... (risas...) yo cumplo ocho horas diarias acá entonces mmmm... creo es que justo por el asunto familiar el que si me quedo con este horario o no porque como que es muy, mucho tiempo acá entonces es mmmm.... Muy largo creo... (Risas)

(Entrevistador) ¿Qué factores influyen positivamente en su desempeño laboral?

R.- El trabajo que desempeñamos es un trabajo sacrificado entonces si bien es cierto nos espera la recompensa del paciente pero si el, el mirar que la la los procesos se han realizado de la mejor manera y el ver que existe colaboración del equipo es si le es un punto gratificante para seguir con el trabajo.

(Entrevistador) ¿Qué factores influyen negativamente en su desempeño laboral?

R.- De igual manera que en ocasiones nosotras tenemos demasiada carga de trabajo y no personal completo entonces existe una... programación acumulada de cirugías en nuestro caso y no se toma mucho en cuenta los tiempos quirúrgicos que se van a demorar realmente y se nos van congestionando, o las emergencias igual que se pueden tener entonces eso va congestionando el turno y retrasando las cirugías programadas.

(Entrevistador) ¿Qué recomendaciones realizaría usted para mejorar su desempeño laboral?

R.- Eh... establecer los protocolos, que los procesos se cumplan como se deben cumplir que... igual se tome en cuenta esto de la programación quirúrgica que los tiempos reales, la disponibilidad de personal y... creo que con eso se iría marchando mejor.

(Entrevistador) ¿Qué opina de la comunicación entre las autoridades de la institución y los miembros de su servicio?

R.- No es muy buena la comunicación que existe, hay por eso tenemos justo algunos inconvenientes que son los procesos que no se dan a conocer, hay cambios de

personal que no se dan a conocer y no sabemos quienes están por aquí, quienes son las personas que están llegando o las personas que están saliendo, quienes se están quedando a cargo entonces no es muy bueno.

(Entrevistador) ¿Cuando se proponen capacitaciones, de dónde proviene la iniciativa?

R.- Del mismo grupo, del grupo de acá de quirófanos, pero buscando de acuerdo a las necesidades de quien nos puede ayudar con la capacitación... del grupo.

(Entrevistador) ¿De qué manera se entera usted de las capacitaciones a realizarse en su servicio?

R.- Se comunica al personal eh con la información de las capacitaciones que se, que se van a tener se hace una comunicación por escrito y también se les comunica telefónicamente.

(Entrevistador) ¿Qué le motiva a asistir a estas reuniones?

R.- En la mayoría de los casos es la necesidad justo de aprender y saber porque estamos realizando las cosas, pero también las personas se viene es obligada porque se pone con el carácter obligatorio.

(Entrevistador) ¿Qué factores le dificultan a usted el asistir a las reuniones de capacitación?

R.- El tiempo, es que las capacitaciones se las hace en, independiente no, sin tomar en cuenta el horario de las compañeras entonces es difícil para las personas que han salido velando quedarse para la, para la charla o las personas que tienen libre venir a la charla entonces es en el mismo horario de, de... de trabajo diremos o libre que tienen las personas entonces eso creo que dificulta el se venga.

(Entrevistador) ¿Luego del graduarse de su último nivel de estudios cursado, cómo actualiza el conocimiento relacionado a su actividad laboral?

R.- Leyendo o con cursos esporádicos será... que, que se ha tenido y ahorita estoy en un postgrado.

(Entrevistador) ¿Puede describir razones para no actualizar su conocimiento desde su graduación?

R.- Si... el tiempo. (risas) es como que la mayoría creo que nos hemos dedicado es a nuestras familias entonces hemos dejado de lado un poco el actualizarse o el, o el.... Renovar los conocimientos, actualizarse y en otros casos igual creo que el factor económico es el que impide que se vayan actualizando.

(Entrevistador) ¿Describa alguna fuente de información que usted maneje regularmente para actualizarse?

R.- Internet

(Entrevistador interviene) básicamente internet?

R.- Uhummm.... (Asiente con la cabeza)

(Entrevistador) ¿En su servicio, cuáles que son los factores responsables de no aplicar nuevas estrategias o recomendaciones para la atención de los pacientes?

R.- Es creo que alguno la parte de conocimiento que se tiene de estas estrategias o que cuando se quieren implementar no se tiene la acogida necesaria de todo el, de todo el equipo se van poniendo demasiadas trabas que hacen que igual ese proceso que se quiere renovar e innovar se vaya entorpeciendo ahí y no, y no surja, entonces como que se encuentran demasiadas trabas y el proceso se va quedando ahí estancado.

(Entrevistador) ¿Qué recomendaría usted para lograr la aplicación de nuevas estrategias o recomendaciones en su servicio?

R.- Eh mejorar la comunicación para que se conozcan estos procesos estas nuevas estrategias que se van, que se van queriendo incrementar y creo que sería mejor tener el conocimiento de todas las personas para que la innovación sea compartida y no impuesta.

(Entrevistador) Se ha planificado utilizar la lista de verificación de cirugía segura de la OMS en los pacientes, ¿Puede describir su percepción acerca de la futura aplicación de estas recomendaciones?

R.- Tenemos ya nosotras una hoja propia de la institución que se va aplicando, entonces más o menos los parámetros que, que se tienen en la hoja de la OMS es similar a la que tenemos así es que solamente sería es de aplicarla la otra hoja.

(Entrevistador) ¿Qué barreras y retos encuentra usted para la aplicación de estas recomendaciones?

Silencio...

R.- Creo que es el estrés que nosotros tenemos acá que en ocasiones el paciente viene con las justas y en ocasiones el médico ya está atrás y ya la lleva a la paciente entonces ya la va llevando y en ocasiones vamos atrás de él.

(Interrupción)

R.- Entonces en ocasiones estamos atrás mirando ahí a ver que, que ya están porque los tiempos, el tiempo que, que nos ha traído la paciente ha sido ya demasiado tarde para ingresar y con, con la verificación en el momento de recepción de la paciente de modo que en ocasiones, en ocasiones sucede eso.... Que no se tiene suficiente tiempo para hacer el chequeo en el momento de la recepción se hace luego.

(Entrevistador) ¿Qué factores e intervenciones cree usted son importantes para facilitar la implementación de estas recomendaciones en su práctica profesional?

R.- Este determinar creo que un tiempo... que quede establecido para hacer esta verificación ehh... colaboración por parte de todo el equipo de que no se haga la operación sin antes estar verificado los datos y que todos sepamos la importancia de tener estos datos verificados y registrados entonces es la vida del paciente y es la seguridad del equipo de cirugía que está en juego digamos.

(Entrevistador) ¿Cuál es su opinión respecto a la organización en su servicio?

R.- Tenemos un poco de dificultades... en la organización justamente porque como que existen con nosotros personas que están trabajando en otros lugares entonces tienen que salir como que corriendo entonces hay un desfase en que llegan o no llegan al turno puntuales y... sé que eso nos preocupa. **(Interrupción...)**

R.- Entonces el trabajar a presión tenemos problemas porque no... no se entrega correctamente el turno, existen faltantes de, de medicación o insumos porque todavía no han sido repuestos eso va ocasionando trabas en los procesos siguientes lo que dificulta el normal desenvolvimiento de las cirugías sumado a eso viene la descompensación de todo el equipo porque ya, ya ven un caos y como le comente el que todos, todos necesitamos salir corriendo de la institución entonces ahí tenemos problemas con la organización. Y que más, creo que eso.

(Entrevistador) ¿Qué factores considera usted importantes para mejorar la organización en su servicio?

R.- Creo que lo fundamental es la comunicación que todas las personas sepamos que, que hay protocolos que, que cumplir, que estos deben estar escritos y no solamente escritos sino que como ya están ahí plasmados tienen que cumplirse los protocolos y los procesos y que... tener, tengamos en cuenta de que si nos organizamos y trabajamos en equipo va a funcionar mejor todo, todo el...

(Entrevistador) ¿Qué barreras encuentra para un adecuado funcionamiento en su servicio?

R.- En... Lo que se refiere por ejemplo a instrumentar nosotras tenemos deficiencia de en, problemas en la reposición del instrumental no son repuestos a tiempo el, el instrumental de tal manera que eh los equipos están incompletos este otros están en mal estado, no están funcionando muy bien muchos problemas cuando tenemos eh equipos máquinas que están funcionando y dejan de funcionar entonces mantenimiento se demora un poco más de tiempo (énfasis) y nos causa problemas, no se da una solución oportuna.

(Entrevistador) algún otro comentario?

R.- No (risas...)

(Entrevistador) A ya terminamos.... Gracias.

**ENTREVISTA INDIVIDUAL CENTRO QUIRÚRGICO
PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA.
FECHA: 2011-03-03**

(Entrevistador) ¿Cómo se siente en lugar de trabajo?

R.- Mmm... Bien, contenta.

(Entrevistador) ¿Cómo considera usted que se desempeña laboralmente?

R.- Bien, bien muy bien si...

(Entrevistador) ¿Cómo se siente con su horario de trabajo?

R.- También bien, si porque son rotativos los turnos y tengo libre para poder realizar cualquier actividad en mi casa.

(Entrevistador) ¿Qué factores influyen positivamente en su desempeño laboral?

R.- Mmm... que me gusta primeramente eh... en la actualidad la facilidad de tener un trabajo y poderlo mantener, cuidarlo al trabajo.

(Entrevistador) ¿Qué factores influyen negativamente en su desempeño laboral?

Silencio.

R.- Mmm... no nada no creo que haya factores no.

(Entrevistador: nada negativo)

R.- Nada negativo, trato de ver las cosas positivamente y no, de no complicarme si alguna compañera tal vez no me dejó haciendo tal cosa yo mismo realizarlo y no, no hacerme problemas tratar de solucionar pronto lo que la en este caso la cirugía que va a venir.

(Entrevistador) ¿Qué recomendaciones realizaría usted para mejorar su desempeño laboral?

R.- Mi desempeño

(Entrevistador) Ajá.

R.- Mmm... poder estudiar más, tal vez ver más cosas, aprender más cosas aparte de lo que se aprende aquí, aprender más cosas.

(Entrevistador) ¿Qué opina de la comunicación entre las autoridades de la institución y los miembros de su servicio?

R.- Si, si hay buena comunicación sino que la falla es que tal vez alguna petición que se les pide o alguna sugerencia no nos ponen más atención y nos dicen: está en estudio o estamos pensando o ya vamos a ver.

(Entrevistador) ¿Cuando se proponen capacitaciones, de donde proviene la iniciativa?

R.- Del servicio, del mismo personal del servicio, de nosotras mismo.

(Entrevistador) ¿De qué manera se entera usted de las capacitaciones a realizarse en su servicio?

R.- Eh... la mayoría de las veces es con los comunicados que se ponen ahí adelante, ahí en las hojitas en la pared se pega esos comunicados o aquí en los vestidores capacitación tal día.

(Entrevistador) ¿Qué le motiva a asistir a estas reuniones?

R.- Que me motiva, aprender, aprender, aprender a ver qué cosas nuevas salen, que cosas eh... maniobras salen, entonces eso, aprender más.

(Entrevistador) ¿Qué factores le dificultan a usted el asistir a las reuniones de capacitación?

R.- Mmm... tal vez el horario, el horario porque se hacen en la mañana y hay personas que venimos en la tarde al turno de la tarde y dicen capacitación a las siete entonces toca ir, venir a la capacitación de ahí regresar a la casa y otra vez volver al turno en la tarde ese tal vez es el problema un poco el horario.

(Entrevistador) Solamente eso..?

R.- Si.

(Entrevistador) Luego del graduarse de su último nivel de estudios cursado, ¿Cómo actualiza el conocimiento relacionado a su actividad laboral?

Silencio..

R.- Cómo..??

(Entrevistador) Sí, ¿cómo actualiza su conocimiento?

R.- Ah.¡¡en el internet, en internet, si con el internet, libros no muchos, ahora el internet es más, la computadora.

(Entrevistador) ¿Puede describir razones para no actualizar su conocimiento desde su graduación?

R.- No... me puede repetir la pregunta.???

Risas...

(Entrevistador) se repite la pregunta...

R.- No... ninguno.

(Entrevistador) ¿Describa alguna fuente de información que usted maneje regularmente para actualizarse?

R.- Los protocolos que hay dentro de la fundación en una carpeta se puede ir revisando continuamente para ver para darnos más información.

(Entrevistador) ¿En su servicio, cuáles son los factores responsables de no aplicar nuevas estrategias o recomendaciones para la atención de los pacientes?

R.- La falta de comunicación entre las autoridades acá, si hay la comunicación sino que tal vez un poco mas de colaboración entre las autoridades y acá, eso creo yo.

(Entrevistador) ¿Qué recomendaría usted para lograr la aplicación de nuevas estrategias o recomendaciones en su servicio?

R.- Mmm... que las... las autoridades presten más atención a lo que nosotros necesitamos como servicio, a veces hay full, hay cosas que estamos a full y a veces no piensan en, en personal también un incentivo los sueldos que también están bajos, entonces a veces más nos, más es la crítica usted hizo mal va a, le voy a mandar un

escrito por decir, vuelta pero si hacemos bien nadie nos dice muchas gracias está muy bien el servicio, o usted hizo muy bien hoy su trabajo no le ven eso solo le ven lo malo falta eso digo, falta tal vez que ellos más se penetren en nuestro servicio a ver como estamos como servicio y de ahí porque si no son solo quejas, charlas y ya vamos a ver cómo hacemos pero ahí queda todo solo en el veremos y como estamos, nada más.

(Entrevistador) Se ha planificado utilizar la lista de verificación de cirugía segura de la OMS en los pacientes, ¿Puede describir su percepción acerca de la futura aplicación de estas recomendaciones?

R.- Si lo estamos cumpliendo aquí en la mayoría, en el mayor de los posibles, en lo mayor posible lo aplicamos a veces por la premura de la cirugías que quieren entrar los cirujanos tal vez puede ser no, pero si las cumplimos.

(Entrevistador) ¿Qué barreras y retos encuentra usted para la aplicación de estas recomendaciones?

R.- Mmm...por mi parte no, no ni hay barreras ni retos porque depende de uno mismo como persona poder cuidar, realizar bien una cirugía segura, tal vez las compañeras en la premura no usar guantes, o tal vez esas cosas, la clasificación tal vez.

(Entrevistador) ¿Qué factores e intervenciones cree usted son importantes para facilitar la implementación de estas recomendaciones en su práctica profesional?

R.- Mmmm... poner de parte de cada una en todo lo que hagamos nada más.

(Entrevistador) ¿Cuál es su opinión respecto a la organización en su servicio?

R.- No hay buena organización, no nos organizamos bien, a veces todas corren, todas... yo pienso que... debería la jefa ser un poquito más exigente y... y... y coordinar mejor las cosas acá adentro, mas también falta un poco más de colaboración de las compañeras porque... la una hace su... yo hice mi trabajo y ahí quedó si la otra tal vez se está ahogando en el otro quirófano ahí queda y no creo que deba ser así, más colaboración entre nosotras también y un poquito más de firmeza de la jefa del servicio.

(Entrevistador) ¿Qué factores considera usted importantes para mejorar la organización en su servicio?

R.- La colaboración, la colaboración es todo y ser más humanitarios entre nosotras.

(Entrevistador) ¿Qué barreras encuentra para un adecuado funcionamiento en su servicio?

R.- Mmm... barreras, como le digo la, falta instrumental nos hacemos bolas, ochos con el poco instrumental que tenemos eh.. personal también nos, nos falta yo pienso que son barreras físicas nada más.

(Entrevistador) ¿Algún otro comentario?

R.- No ninguno.

(Entrevistador) Muchas gracias.

**ENTREVISTA INDIVIDUAL EN CONSULTA EXTERNA
MEDICO TRATANTE DE CIRUGÍA
FECHA: 2011-03-03**

(Entrevistador) ¿Cómo se siente en lugar de trabajo?

R.- Muy bien.

(Entrevistador) ¿Como considera usted que se desempeña laboralmente?

R.- Creo que dentro de mis conocimientos de lo que yo hago de la manera más responsable y correcta no, dando calidez y calidad con eficacia y eficiencia.

(Entrevistador) ¿Cómo se siente con su horario de trabajo?

R.- Pues cómodo, si cómodo.

(Entrevistador) ¿Qué factores influyen positivamente en su desempeño laboral?

R.- El ambiente de trabajo que es realmente agradable, no... no hay interferencia por parte de los directivos de donde a uno vengan a quererle imponerle tal o cual cosa, no... Una libertad total siempre y cuando esa libertad sea comprendida con responsabilidad.

(Entrevistador) ¿Qué factores influyen negativamente en su desempeño laboral?

La distancia (énfasis) en la que está el hospital realmente no.. yo tengo que todos los días digo yo, yo viajo acá al hospital este vienen siendo más o menos como 15 kilómetros pero el problema es el tráfico, eso es lo único que podría decirle yo que veo como algo que sea desfavorable sin querer decir que sea negativo.

(Entrevistador) ¿Qué recomendaciones realizaría usted para mejorar su desempeño laboral?

Silencio...

R.- Tener menos pacientes (risas)

(Entrevistador) ¿Qué opina de la comunicación entre las autoridades de la institución y los miembros de su servicio?

R.- Bueno realmente ahorita como , yo he venido pidiendo que se forme el servicio de cirugía en donde nos manejemos como grupo sin querer decir que no lo hagamos, pero sería mucho mejor si ya nos constituimos como un servicio, entonces de esa manera entre nosotros tendríamos una mejor comunicación todavía, pero decir que hay una comunicación excelente entre los directivos y los cirujanos realmente le diría que, que no mi doctora no, no, no hay mucha comunicación salvo que sea estrictamente necesario.

(Entrevistador) ¿Cuando se proponen capacitaciones, de dónde proviene la iniciativa?

Silencio...

R.- La iniciativa de las veces que he visto ha sido realmente parte de los médicos y lo bueno es que siempre ha habido una respuesta positiva por la parte administrativa. Ahum...

(Entrevistador) ¿De qué manera se entera usted de las capacitaciones a realizarse en su servicio?

R.- Por los eh... informativos que hay pegados junto al reloj, este a veces hablan por avisar por los parlantes o por la comunicación interpersonal con los otros colegas.

(Entrevistador) ¿Qué le motiva a asistir a estas reuniones?

R.- Bueno la verdad es que yo muy poco asisto a las reuniones aquí porque por lo general como en cualquier institución este tipo de reuniones, eventos suelen ser en la mañana entonces como yo trabajo en la tarde aquí realmente muy pocas veces asisto a estas reuniones sin embargo eh por mi interés me informo de que es lo que pasa eh... es esa es la manera como más o menos yo me entero de esas capacitaciones.

(Entrevistador) ¿Qué factores le dificultan a usted el asistir a las reuniones de capacitación?

R.- Mi horario de trabajo, si...

(Entrevistador) Luego del graduarse de su último nivel de estudios cursado, ¿Cómo actualiza el conocimiento relacionado a su actividad laboral?

R.- Por internet una, segundo por la visita médica en el otro sitio donde yo trabajo en donde hacemos visitas conjuntas entonces se discute casos y obviamente uno se pone al día no.

(Entrevistador) ¿Puede describir razones para no actualizar su conocimiento desde su graduación?

R.- No, no hay razón para no, no una razón lógica para no eh... actualizarse no existe, realmente no, no puedo darle ninguna razón para eso.

(Entrevistador) Describa alguna fuente de información que usted maneje regularmente para actualizarse.

R.- El INTRAMED, soy afiliado al INTRAMED de, este un journal de cirugía entonces entro al internet y ahí es.

(Entrevistador) ¿En su servicio, cuáles son los factores responsables de no aplicar nuevas estrategias o recomendaciones para la atención de los pacientes?

R.- No es que no hay servicio, manejamos prácticamente las cosas cada uno a nuestro mejor criterio, no quiero decirle que esto sea lo mejor por eso es que ojalá que podamos formar el servicio de cirugía para ahí si entonces crear este manuales de procedimientos eh crear este normas de servicio porque ahora cada quien hace procedimientos quirúrgicos todos dando gracias a Dios con muy buena técnica pero hay ciertas cosas que cada uno la pone como valor agregado entonces eso no puede ser.

(Entrevistador) ¿Qué recomendaría usted para lograr la aplicación de nuevas estrategias o recomendaciones en su servicio? (una vez que esté formado en todo caso)

R.- Claro, sería necesario que se forme el servicio entonces reunimos los 4 cirujanos que somos, que por suerte tenemos muy buenas relaciones y eso nos va a permitir crear un servicio sólido y sobretodo que académicamente esté en óptimo nivel no, que podamos... competir realmente con cualquier hospital porque estamos en esa capacidad.

(Entrevistador) Se ha planificado utilizar la lista de verificación de cirugía segura de la OMS en los pacientes, ¿Puede describir su percepción acerca de la futura aplicación de estas recomendaciones?

R.- Realmente no conozco siquiera el, la cartilla de la que usted me habla entonces mal podría yo darle una opinión al respecto pero nosotros ahora manejamos aquí uno que se llama el consentimiento informado en donde es el requisito sinequanon para poder este que un paciente sea aceptado para la programación quirúrgica, me gustaría tener ese... ese formato del que usted me habla para poder leerle y tal vez ahí darle una opinión pero de algo que no se no puedo opinar nada.

(Entrevistador) ¿Qué barreras y retos encuentra usted para la aplicación de estas recomendaciones?

R.- Mire mi niña si está hecho por la OMS me dice no, pues entiendo que es un formulario que este estará muy seriamente estudiado y planificado, yo pienso que si es así barreras ninguna, ninguna si es en beneficio del paciente y al ser en beneficio del paciente también es beneficio mío y de la institución. Yo siempre tengo un criterio el prestigio de una institución es mi prestigio si el hospital del padre carolo es un hospital en donde se da una pésima atención y yo soy parte de ese, esa institución desgraciadamente mi prestigio se irá también por ahí no de que es un pésimo médico una pésima enfermera y así.

(Entrevistador) ¿Qué factores e intervenciones cree usted son importantes para facilitar la implementación de estas recomendaciones en su práctica profesional?

(No se responde por desconocimiento de la estrategia OMS de Cirugía Segura)

(Entrevistador) ¿Cuál es su opinión respecto a la organización en su servicio?

Con todo no, no hay un servicio entonces de manera que no, no puedo decirle que haya una organización establecida.

(Entrevistador) ¿Qué factores considera usted importantes para mejorar la organización en su servicio? (y factores importantes que usted recomendaría para empezar a organizarlo o para empezar a formar el servicio)

R.- Decisión de querer hacerlo nada más, de que un día nos reunamos y digan haber este los 4 cirujanos vengamos nos reunimos tomemos un café y tan simple como eso mijita no, no es nada difícil todo es cuestión de hacerlo y punto.

(Entrevistador) ¿Qué barreras encuentra para un adecuado funcionamiento en su servicio? (Tal vez encuentra algún tipo de barrera en el funcionamiento del servicio o en la organización del servicio)

R.- En el querer formarle al servicio yo creo que es el hecho de que los 4 cirujanos que estamos aquí somos gente que tenemos múltiples ocupaciones, por ejemplo yo no mas tengo 3 amos entonces yo entiendo que los otros colegas también, pero no está lejano para el día que esto va a suceder porque tengo entendido que eso está ya ahorita como una prioridad el que se haga el servicio

(Entrevistador) Listo, muchas gracias, ¿tal vez algún otro comentario?

R.- Mire que ojalá que esta tesis que está haciendo el doctor este se aplique, y se aplique de una manera correcta en instituciones como esta donde si, si hay apertura se puede aplicar, se puede aplicar imagínese que es para un beneficio mutuo no, porque si el paciente está bien también estoy bien yo un paciente agradecido es una muy buena propaganda.

Risas...

R.- Bien mi doctorita estoy para servirle

(Entrevistador) le agradezco mucho su tiempo.

18. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 2008 ;1-16.
2. World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. Safe Surgery Save Lives. Surgery. 2009 ;1-133.
3. Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente. 2008 ;1-24.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Principales causas de morbilidad en el ecuador 2007 [Internet]. 2008 ;[cited 2010 Dec] Available from: www.msp.gob.ec
5. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC). Estadísticas vitales en salud [Internet]. 2009 ;[cited 2010 Dec] Available from: www.inec.gob.ec
6. Silva-Jiménez A. Cirugía segura, un reto cada vez más exigente. Revista Mexicana de Anestesiología. 2010 ;337-8.
7. Abdel-Hadi S, Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. [Internet]. The New England journal of medicine. 2009 Jan 29;360(5):491-9.Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19144931>
8. Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. [Internet].

- Archives of surgery (Chicago, Ill. : 1960). 2008 Jan ;143(1):12-7; discussion 18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18209148>
9. Wiegmann D a, Dunn WF. Changing culture: a new view of human error and patient safety. [Internet]. Chest. 2010 Feb ;137(2):250-2.[cited 2011 May 27] Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20133286>
 10. Urschel J, Goldsmith C, Tandan V, Miller J. User's guide to evidence-based surgery: How to use an article evaluating surgical interventions. Canadian Journal of Surgery. 2001 ;44(2):95-100.
 11. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral e Intercultural en Salud Familiar y Comunitaria. Quito: 2007.
 12. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de salud. Informe de la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. 1978 ;
 13. Del Río Madrazo AJ. Atención Primaria. 1.^a parte. Tribuna Docente On Line. 2007 ;09(04):1-18.
 14. Consejo Nacional de Salud. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. 2007 ;
 15. Vargas W. Atención Primaria de Salud en Acción. Su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. 2006 ;
 16. Wegner SE, Lathren CR, Humble CG, Mayer ML, Feaganes J, Stiles AD. A medical home for children with insulin-dependent diabetes: comanagement by primary and subspecialty physicians--convergence and divergence of

- opinions. [Internet]. Pediatrics. 2008 Aug ;122(2):e383-7.[cited 2011 Feb 17]
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18676524>
17. Duran A, Runkle I, Matía P, Miguel MP de, Garrido S, Cervera E, et al. Family physician and endocrinologist coordination as the basis for diabetes care in clinical practice. [Internet]. BMC endocrine disorders. 2008 Jan ;89.[cited 2011 May 27] Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2518542&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 18. WONCA EUROPE. La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia. 2005.
 19. Sociedad Castellano-Manchega. Recomendaciones de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia sobre coordinación entre niveles asistenciales (Diciembre, 2002). 2002.
 20. Terrazanunez R, Vargaslorenzo I, Vazqueznavarrete M. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas [Internet]. Gaceta Sanitaria. 2006 Nov ;20(6):485-495.Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911106715485>
 21. Gobierno de Buenos Aires. Guía para la evaluación prequirúrgica. Cirugías programadas en pacientes adultos. Buenos Aires: 2003.
 22. Gnocchi C, Mariscal C, Rosenbaum G, Nallar M, Sarotto L, Ferraina P. Aplicación de un modelo de evaluación preoperatoria en pacientes operados de cirugía abdominal electiva. Surgery. 2000 ;60(1):125-134.

23. Pernalet J. Utilidad de los exámenes preoperatorios en la cirugía electiva del adulto joven sano. Servicio de Cirugía Ambulatoria del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda. Barquisimeto, Julio 2001 a Julio 2003. 2003 ;1-57.
24. Rojas Rivera W. Evaluación de los exámenes preoperatorios. Acta Médica Costarricense. 2006 ;48208-211.
25. National Institute for Clinical Excellence. Preoperative tests The use of routine preoperative test for elective surgery. Acute Care. 2003 ;03(June):1-18.
26. Carreto Narváez LE. Valoración Preoperatoria Integral [Internet]. City. 2009 ;Available from: <http://www.euroviane.net>
27. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, Calkins H, L E, Fleischmann KE, et al. ACC / AHA Guideline ACC / AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to R. Circulation. 2007 ;(116):e418-e500.
28. World Health Organization. Surgical Public Health: WHO and the Safe Surgery Saves Lives Campaign [Internet]. Geneva: 2009. Available from: www.who.int/safesurgery
29. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. 2009 ;1-20.
30. World Health Organization. World Health Organization Safe Surgery Saves Lives Starter Kit for Surgical Checklist Implementation. 2009 ;1-20.

31. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. 2009 ;1291-114.
32. D'Addessi A, Bongiovanni L, Volpe A, Pinto F, Bassi P. Human factors in surgery: from Three Mile Island to the operating room. [Internet]. Urologia internationalis. 2009 Jan ;83(3):249-57.[cited 2010 Aug 31] Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19829020>
33. La Pietra L, Calligaris L, Molendini L, Quattrin R, Brusaferrò S. Medical errors and clinical risk management: state of the art. [Internet]. Acta otorhinolaryngologica Italica : organo ufficiale della Società italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale. 2005 Dec ;25(6):339-46.Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2639900&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
34. Oldsa D, Clarke SP. The Effect of Work Hours on Adverse Events and Errors in Health Care. Journal Safety Response. 2011 ;41(2):153-162.
35. Carayon P, Wood K. Patient Safety: The Role of Human Factors and Systems Engineering. Studing Health Technology Information. 2011 ;(153):23-46.
36. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Czeisler CA. Effect of Reducing Interns Weekly Work Hours on Sleep and Attentional Failures. The New England journal of medicine. 2004 ;351(18):1829-1837.
37. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. [Internet]. The New England journal of medicine. 2004

Oct 28;351(18):1838-48.Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15509817>

38. Freeman a C, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study [Internet]. Bmj. 2001 Nov 10;323(7321):1100-1100.Available from:
<http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.323.7321.1100>
39. Taylor J, Wilkinson D, Blue I. Towards Evidence-Based General Practice in Rural and Remote Australia: An Overview of Key Issues and a Model for Practice. Rural and Remote Health. 2001 ;1(106):1-6.
40. Oxman AD, Thomson M, Davis D, Haynes R. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. Canadian Medical Association Journal. 1995 ;153(10):1423-1431.
41. Romero A, Alonso C, Marín I, Grimshaw J, De Villar E, Rincon M. Efectividad de la implantación de una guía clínica sobre angina inestable mediante una estrategia multifactorial: ensayo clínico aleatorizado en grupos. Revista Española de Cardiología. 2005 ;58(6):640-648.
42. Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. [Internet]. Family practice. 2001 Aug ;18(4):359-63.Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11477041>
43. Chaillet N. Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates in Quebec [Internet]. Bulletin of the World Health Organization. 2007 Oct 1;85(10):791-797.[cited 2011 May 27] Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/10/06-039289.pdf>

44. Forsner T, Hansson J, Brommels M, Wistedt AA, Forsell Y. Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. [Internet]. BMC psychiatry. 2010 Jan ;108. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2822755&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
45. Vásquez ML, Ferreira da Silva MR, Mogollón A, Fernández MJ, Delgado ME. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Cursos GRAAL 5. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
46. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda. 1994.
47. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. Bmj. 2000 ;320(January):5-7.
48. González Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: concepto y características (I) [Internet]. Nure Investigación. 2010 ;44(I):1-5.[cited 2011 May 27] Available from: http://www.fuden.org/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/concepto44.pdf
49. González T, Arana AC. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II) Teresa González Gil, Alejandra Cano Arana I. Nure Investigación. 2010 ;(45):1-10.
50. Abela JA. Las técnicas de Análisis de Contenido : Una revisión actualizada .

51. De la Cuesta Benjumea C de la C. Estrategias Cualitativas más usadas en el Campo de la Salud. Nure Investigación. 2006 ;(25):1-4.
52. Arana AC, González T. Los softwares como recurso de apoyo al procedimiento y organización de los datos cualitativos. Nure Investigación. 2010 ;(47):1-4.
53. Arana AC, González T. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: estrategias para estimular la capacidad interpretativa (III) Teresa González Gil, Alejandra Cano Arana 1. Nure Investigación. 2010 ;(46):1-5.
54. Salamanca Castro AB. La Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud. Nure Investigación. 2006 ;(24):1-4.
55. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. [Internet]. BMJ quality & safety. 2011 Jan ;20(1):102-7.[cited 2011 Apr 5] Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21228082>
56. Taylor J, Willkinson D, Blue I, Dollard J. Evidence-based rural general practice: barriers and solutions in South Australia. Rural and Remote Health. 2002 ;1-6.
57. Glazebrook RM, Harrison S. Obstacles to maintenance of advanced procedural skills for rural and remote medical practitioners in Australia [Internet]. Rural and Remote Health. 2006 ;6(502):1-14.Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov

58. Hannes K, Leys M, Vermeire E, Aertgeerts B, Buntinx F, Depoorter A-M. Implementing evidence-based medicine in general practice: a focus group based study. [Internet]. BMC family practice. 2005 Sep 9;637.[cited 2011 May 27] Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1253510&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
59. Straus SE, Ball C, Balcombe N, Sheldon J, McAlister F a. Teaching evidence-based medicine skills can change practice in a community hospital. [Internet]. Journal of general internal medicine. 2005 Apr ;20(4):340-3.[cited 2011 May 27] Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1490095&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
60. Semel ME, Resch S, Haynes AB, Funk LM, Bader A, Berry WR, et al. Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals. [Internet]. Health affairs (Project Hope). 2010 Sep ;29(9):1593-9.[cited 2011 May 7] Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3069616&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
61. Castro K. El Barómetro de Quito 2. “El presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Distrito Metropolitano de Quito” [Internet]. Quito: 2008. Available from: www.saluddealtura.com
62. Ministerio de Economía y Finanzas. Presupuesto General del Estado, Consolidado por Funcional Gastos (US . Dólares) Ejercicio : 2010 [Internet]. 2010 ;[cited 2011 Apr] Available from: www.mef.gob.ec
63. Armas N, Díaz L. La Familia como sistema. In: America, editor(s). Entre Voces y silencios: Las familias por dentro. Quito: 2007. p. 23-25.

64. Fundación Tierra Nueva. Fundación Tierra Nueva [Internet]. 2010 ;[cited 2011 Apr 14] Available from: <http://www.fundaciontierranueva.org.ec>
65. Wakefield A, Murch S, Harvey P, Valentine A, Davies SE. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*. 1998 ;351:637-641.
66. The Editors of The Lancet. Retraction Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis , and pervasive developmental disorder in children [Internet]. *The Lancet*. 2010 ;375(9713):445. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60175-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60175-4)
67. Nadador V, Huerta S, Martín M, Fernández J, Ruíz M, López A. Control de la Hipotermia Intraoperatoria mediante calentamiento por convección. Madrid: 2007.
68. Warltier DC, D P, Mauermann WJ, Nemergut EC. The Anesthesiologist ' s Role in the Prevention of Surgical Site Infections. *Anesthesiology*. 2006 ;105(2):413-421.

